

Universidade de Lisboa
Instituto de Ciências Sociais



“Uma Questão Nacional”
Enredos da malária em Portugal, séculos XIX e XX

Mónica Alexandra de Almeida Monteiro Saavedra

Doutoramento em Ciências Sociais
Especialidade: Antropologia Social e Cultural

2010

Universidade de Lisboa
Instituto de Ciências Sociais



“Uma Questão Nacional”
Enredos da malária em Portugal, séculos XIX e XX

Mónica Alexandra de Almeida Monteiro Saavedra

Tese orientada pela Prof.^a Doutora Cristiana Bastos

Doutoramento em Ciências Sociais
Especialidade: Antropologia Social e Cultural

2010

Bolsa de Doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia
SFRH/BD/20126/2004, no âmbito do POCI-2010
Formação Avançada para a Ciência-Medida IV.3

Resumo

Este trabalho debruça-se sobre as práticas médicas e leigas e sobre as instituições relacionadas com a malária, em Portugal, nos séculos XIX e XX. A malária é apresentada como produto de uma dinâmica histórica, de encontros, negociações ou disputas entre actores com estatutos diversos e desiguais; bem como da circulação de ideias, técnicas, competências e indivíduos entre vários lugares. É também o produto de condições sociais localizadas, de interesses profissionais e experiências pessoais. A malária surge assim conceptualizada na sua multiplicidade e polissemia social, ligando os níveis de análise internacional, nacional e local.

A nível internacional, aborda-se a transformação e consolidação do conhecimento médico sobre esta doença, como produção transnacional, atentando na sua apropriação pelos médicos portugueses. A nível nacional, a regulamentação e a institucionalização das práticas associadas à malária, em Portugal, são consideradas em relação estreita com as tentativas de estabelecimento de um serviço de saúde estatal, expressando convicções científicas e interesses profissionais.

Ao nível local, as memórias de «ter malária» trazem a esta pesquisa a dimensão física da doença, fundamental na sua produção social. Aparentemente alheados e excluídos da produção de conhecimento científico sobre esta doença, os homens e mulheres que dela padeciam foram, afinal, elemento basilar das práticas médicas relacionadas com a malária, condicionando-as e legitimando as instituições que as sustentavam. Por outro lado, as narrativas leigas sobre a malária «vivida na pele», contrastando com a «malária médica», são particularmente reveladoras do carácter compósito da doença. Para aqueles que dela padeceram, esta apenas faz sentido, hoje, nas suas memórias, como um elemento menor dos seus percursos biográficos, perdendo relevância no quotidiano do trabalho no campo, dos padrões e capatazes, da família e dos vizinhos, da fome e do sofrimento.

Palavras-chave: malária, Portugal, história da medicina, ciência e sociedade, séculos XIX e XX.

Abstract

This dissertation is about institutions, medical and lay practices related to malaria in Portugal, during the 19th and 20th centuries. Malaria is regarded as a social production, as the result of a historical dynamics, of encounters, negotiations or disputes between actors with diverse and unequal status. It is also the result of the circulation of ideas, techniques, competencies and individuals through multiple places; as well as the product of localized social conditions, professional aspirations and personal experiences. Thus, the disease is conceptualised in its multiplicity, connecting international, national and local levels of analyses.

At the international level, the transformation and consolidation of medical knowledge about malaria is regarded as transnational production, while emphasis is put on its acceptance and transformation by Portuguese doctors. At the national level, the regulation and institutionalization of practices related to malaria in Portugal are considered in connection with doctors' attempts to establish a state health service, revealing scientific convictions and professional ambitions.

At the local level, malaria memories bring to this research the physical dimension of the disease as a fundamental part of its social production. Apparently unaware and excluded of the production of scientific knowledge about the disease, lay men and women are, after all, a fundamental part of medical practices regarding malaria. Therefore, they influence and legitimize these practices and the process of their social production. On the other hand, lay narratives about malaria experiences contrasting with «medical malaria» are particularly revealing of the disease composite character. For the men and women who experienced this disease, it only makes sense, presently in their memories, as a lesser element of their personal stories. Malaria loses importance against the everyday routines of rural labour and landowners, family and neighbours, famine and suffering.

Keyword: malaria, Portugal, history of medicine, science and society, 19th and 20th centuries.

Agradecimentos

Esta tese está povoada de múltiplos eventos e participantes directos e indirectos, voluntários ou casuais. Foi possível graças a uma bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), que me permitiu imersão total neste projecto, ao longo de quatro anos. O Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS) proporcionou-me as condições de trabalho e aprendizagem fundamentais à prossecução desta pesquisa. A FCT e o ICS proporcionaram-me também o acesso a materiais relevantes para este trabalho, que se encontram num arquivo fora de Portugal.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Cristiana Bastos agradeço o apoio, comentários, sugestões, questões, incitamento e confiança, ao longo dos mais de cinco anos desta pesquisa. Agradeço também toda a experiência em investigação da qual tenho vindo a beneficiar, através da minha participação em projectos por si coordenados, bem como o contacto com lugares, pessoas e ideias fundamentais para a minha formação como antropóloga, seguindo caminhos da história.

Das muitas pessoas e instituições com as quais me cruzei durante esta pesquisa, quero realçar aquelas cujo interesse e colaboração fizeram a diferença para a realização da recolha de memórias sobre a malária. Em Azambuja, agradeço ao Dr. José Pereira, responsável pelo Museu Municipal Sebastião Mateus Arenque, à Santa Casa da Misericórdia e ao Centro Social e Paroquial, onde realizei entrevistas, especialmente aos seus colaboradores, Pedro Moita e Dra. Paula. Em Benavente, agradeço igualmente à Santa Casa da Misericórdia pela permissão para contactar os residentes e utentes do lar e centro de dia, e especialmente à Dra. Joana e à Dra. Gertrudes, que me proporcionaram as condições de espaço e tempo para a realização das entrevistas. Em Alcácer do Sal pude contar com a hospitalidade e colaboração do Sr. Jorge Marques, responsável pela AURPICAS, interlocutor privilegiado e incansável, que me permitiu seguir as memórias das *sezões*, não só na vila mas também nas aldeias circundantes. A D. Bárbara, a D. Custódia, a D. Fátima e a professora Catarina foram as minhas interlocutoras e guias nestas localidades. À Ana Rita Mendes, responsável pelo centro de dia em Águas de Moura, agradeço o ambiente informal e de grande generosidade, que proporcionou condições ideais para conversas sobre a malária e o trabalho rural.

A todas as pessoas que entrevistei devo o acolhimento, a confiança, a partilha de histórias, por vezes dolorosas, a paciência e a generosidade. Espero que este trabalho faça alguma justiça às suas memórias de sofrimento e privação, mas também de juventude e alegria.

O acesso ao espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura foi possível graças à ajuda do Prof. Doutor João Lavinha, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), e à colaboração da Dra. Sofia Núncio, do Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Francisco Cambournac, INSA, bem como do Prof. Doutor José Pereira Miguel, director do INSA. Devo um agradecimento especial ao Sr. Artur Antunes, do Museu da Saúde deste instituto, pela disponibilidade e pela confiança absoluta que depositou em mim.

Agradeço também ao Prof. Doutor Jaime Reis, à Prof.^a Doutora Conceição Andrade Martins, à Dra. Maria Goretti Matias e ao Daniel Carolo as indicações e ajuda com bibliografia.

À equipa da biblioteca do ICS, Paula Costa, Elvira Costa, Conceição Romão, Madalena Reis e Andreia Parente, agradeço todo o apoio, particularmente com os empréstimos inter-bibliotecas. Deixo também o meu agradecimento à Dra. Maria Goretti Matias e ao Gabinete de Estudos Pós-Graduados pelo acompanhamento atento e pela pronta colaboração ao longo deste percurso.

As leituras críticas do Vítor Ferreira, do Jorge Varanda, da Jessica Dionne, da Débora Cortes e do Miguel Saavedra ajudaram a ultrapassar impasses e inseguranças. O Miguel foi também o companheiro paciente de algumas visitas às «terras do arroz». A todos agradeço a confiança e incentivo.

O apoio e estímulo dos amigos que me acompanharam, ao longo de mais de cinco anos de trabalho, foram um esteio desta pesquisa. Obrigada Susana e Isabel, amigas de toda a vida. Um agradecimento especial e carinhoso ao Vítor Ferreira, pela amizade incondicional e por ter acompanhado todo este longo percurso, instigando-me e devolvendo-me a lucidez em momentos de desencanto.

A minha família (pai, mãe, Miguel, Marta, Mariana, Ticha, Gaspar) é o meu porto seguro; todos estão sempre carinhosamente por perto. Obrigada, sobretudo pelo esforço deste último ano e, à minha mãe, pelo trabalho redobrado na recta final deste percurso e por tirar as pedras do caminho. Por fim, dedico este trabalho aos meus avós Francisco e Ofélia Saavedra. Não assistiram já a esta etapa da minha vida, mas ensinaram-me a importância da memória.

ÍNDICE

Resumo

Abstract

Agradecimentos..... vii

Introdução: uma história antropológica da malária em Portugal..... 1

Malária e malárias..... 1

Da unidade à pluralidade..... 4

O universal fragmentado: circulação e pluralidade..... 8

Malárias vividas na pele..... 12

Para lá do estado da arte: referências e inspirações multidisciplinares..... 18

Metodologias I: as fontes escritas..... 24

Metodologias II: as fontes orais 28

Capítulo 1

A malária: história, teorias e práticas em Portugal e no mundo..... 41

Ciência médica em Portugal na segunda metade do século XIX..... 42

Novos paradigmas, novas malárias..... 49

A recepção do Plasmodium em Portugal..... 53

A «teoria do mosquito» e os médicos portugueses..... 59

Implicações práticas da teoria do mosquito..... 70

Saúde e Estado..... 83

Capítulo 2

Arroz e sezões..... 95

Arrozais e febres intermitentes..... 98

Lei, arrozais e saúde pública: a contestação popular no século XIX..... 100

Velhas questões no novo século: os arrozais no dealbar do século XX..... 119

Será a malária uma doença social?..... 124

Outras polémicas..... 129

<i>Os Serviços Anti-Sezonáticos e a cultura do arroz I: novas tensões.....</i>	131
<i>Os Serviços Anti-Sezonáticos e a cultura do arroz II: a legislação do Estado Novo.....</i>	140
 Capítulo 3	
Acção anti-sezonática.....	147
<i>A internacionalização da saúde pública e do controlo da malária em Portugal.....</i>	148
<i>Os serviços de saúde e a higiene social.....</i>	155
<i>A alvorada dos Serviços Anti-Sezonáticos: a Estação Experimental de Combate ao Sezonismo de Benavente.....</i>	162
<i>Os Serviços Anti-Sezonáticos e o Estado Novo.....</i>	169
<i>Os Serviços Anti-Sezonáticos: uma acção discreta.....</i>	174
<i>Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos: novo estatuto e novos desenvolvimentos.....</i>	179
<i>A Estação para o Estudo do Sezonismo e o Instituto de Malariologia de Águas de Moura.....</i>	187
<i>O Instituto de Malariologia de Águas de Moura: administração portuguesa e tendências internacionais.....</i>	197
<i>Do controlo à erradicação: novas tecnologias, novos actores.....</i>	200
<i>Erradicação da malária em Portugal.....</i>	206
 Capítulo 4	
A Fundação Rockefeller: malária, saúde pública e medicina social.	213
<i>A Fundação Rockefeller.....</i>	214
<i>A International Health Division em Portugal.....</i>	224
<i>Para além da malária: projectos, tensões e desencontros.....</i>	250
 Capítulo 5	
A malária na vida quotidiana: o mundo rural.....	261
<i>Trabalho rural I: ideologia, sociedade e economia.....</i>	266
<i>Trabalho rural II: estrutura agrária e relações sociais.....</i>	270
<i>«Mal roupaado, mal calçado, mal comido»: memórias do trabalho rural</i>	276

<i>Nutrição, habitação e malária: incongruências médicas?</i>	285
<i>As sezões</i>	296
<i>Curar as sezões</i>	306
<i>O posto das sezões</i>	314
Considerações finais	321
<i>As muitas malárias</i>	321
<i>A malária revisitada</i>	329
Referências bibliográficas	339

Introdução: uma história antropológica da malária em Portugal

Malária e malárias

O objecto central da minha investigação é a análise do processo de produção social da malária em Portugal. Pretendo seguir os vários actores que, a partir de condições sociais e situações estatutárias muito diversas, se associam voluntária ou involuntariamente nesta dinâmica diacrónica de encontros explícitos ou implícitos, deliberados ou despercebidos em torno da malária. Uma (suposta) realidade universal que, afinal, acabou por emergir na sua pluralidade, patente numa multiplicidade de experiências, vivências, percepções e práticas, confluindo na ideia da existência de várias «malárias».

Por «várias ‘malárias’» entendo a pluralidade de vivências dos sujeitos afectados pela malária («outras malárias» vividas na pele), mas também a pluralidade de práticas médicas a esta associadas, vividas num contexto de tensão e dissensão em torno de concepções que se pretendem universais. Tomo de empréstimo a noção de «multiplicidade», conceptualizada por Annemarie Mol (2002), no seu trabalho sobre a relação da medicina ocidental com o corpo e as doenças, teorizada a partir dos diversos modos de fazer e apresentar a aterosclerose. O conceito e a teorização desenvolvidos por Mol centram-se nas noções de *prática* e *enactment* (apresentação, encenação), para demonstrar como, num espaço restrito – um serviço específico de um hospital universitário nos Países Baixos – o corpo é definido por múltiplas práticas, segundo a diversidade de técnicas, gestos, discursos que os especialistas usam para reconhecer, determinar e demonstrar a aterosclerose, resultando em *múltiplas* ateroscleroses:

[...] ao contrário de muitos outros livros sobre medicina e os seus processos, este não fala de diferentes perspectivas sobre o corpo e as suas doenças. Em vez disso, diz como estes são feitos. Isto quer dizer que o livro acaba por falar de uma série de práticas diferentes [...] Tomar em atenção o *enactment* em vez do conhecimento tem um efeito importante: aquilo que pensamos como sendo um objecto único pode aparecer como sendo mais do que um. Todos os exemplos neste livro concernem a aterosclerose. Mas um corte em placa de uma artéria aterosclerótica não é a mesma entidade que o problema de que fala um doente com aterosclerose, num consultório, ainda que ambos sejam chamados pelo mesmo nome (Mol 2002, vii).

A conceptualização de Mol é apenas uma referência orientadora, neste trabalho, para dar conta da diversidade de elementos envolvidos na definição da malária e de como esta

“Uma Questão Nacional”

decorre de diversas práticas (discursivas, técnicas). Não entrarei no balanço e debate das teorias sobre prática, desenvolvidos pelas ciências sociais.¹ O uso que faço da noção de «prática» é meramente semântico e descritivo, de modo a dar conta da variedade de *actividades* científicas e não científicas envolvidas na produção da malária; estas compreendem acções indissociáveis de ideias e competências, envolvendo indivíduos, objectos, técnicas, instituições. Os lugares a que me refiro ao longo deste trabalho, como espaços distintos de definição da malária, são eles próprios múltiplos e podem estar muito distantes entre si. Enquanto Mol se centra nas ateroscleroses médicas, de um grupo restrito de profissionais cujas acções pode observar e cujos discursos pode ouvir em primeira mão, neste trabalho, as diferentes maneiras de caracterizar a malária tornaram-se perceptíveis nas práticas (discursos e acções) de que dão conta os artigos médicos, a bibliografia sobre história da malária e as memórias recolhidas sobre «ter malária». Neste conjunto de fontes, as diferentes malárias são uma e a mesma doença, numa convergência tácita subjacente à relação entre os diferentes actores e resultado da partilha de referentes, sinais físicos comumente reconhecidos (particularmente a febre intermitente), ainda que diferentemente nomeados;² trata-se, contudo, de uma mesma doença experimentada de maneiras diferentes, definida de acordo com agências e trajectórias pessoais e colectivas.

Estas diferenças decorrem, por um lado, da temporalidade, como realça Löwy para o caso da febre-amarela. Do ponto de vista científico e médico, diferentes princípios teóricos e recursos tecnológicos, indissociáveis das condições sociais (políticas, económicas, ideológicas) da sua produção e difusão, proporcionam experiências e definições diversas da malária (ou da febre-amarela, ou de qualquer outra patologia), ao longo do tempo; ou seja, «Uma tal visão do mundo natural através das ‘lentes das práticas científicas’ (observação, análise, experimentação e intervenção) gera ‘factos científicos’ (conceitos, objectos, técnicas, classificações) dependentes do lugar e do tempo da sua produção, bem como das redes nas quais se inserem e no seio das quais circulam» (Löwy 2001, 24).

As diferenças nas condições e elementos localmente associados na configuração da malária resultam em múltiplas malárias, que coexistem no seio da própria comunidade médica

¹ Sobre teoria das práticas sociais e a sua relação com a teoria culturalista veja-se Andreas Reckwitz (2002); sobre teorias da prática nos estudos sociais da ciência veja-se Theodore R. Schatzki, Karin Knorr Cetina e Eike von Savigny (2001) e Andrew Pickering, ed. (1992b).

² Quando falo em formas diversas de nomeação, refiro-me às diferenças entre os nomes biomédicos mais comuns para a malária (malária e paludismo) e os nomes que eram popularmente atribuídos supostamente à mesma doença: sezões, maleitas, acréscimos, quartãs. Ao assumir que as várias nomeações dizem respeito à mesma doença, adopto a «tradução» biomédica que reconhece em todas elas a «malária».

internacional, associando diversas técnicas, modelos, recursos, experiências, necessidades, etc. É nesta multiplicidade que se insere a malária em Portugal, na primeira metade do século XX; não como uma excepção ou uma peculiaridade no panorama da internacionalização dos modelos e políticas de saúde e doença, mas com as especificidades que se revelam a um olhar que procura, à partida, a diversidade resultante de maneiras de pensar e fazer distintas, as dinâmicas da associação/cominação de diversos elementos em condições e contextos diferentes. Trata-se, portanto, de perceber o resultado da compreensão, interpretação, apropriação e experiência local do conhecimento e do «saber-fazer» médicos (compreendidos como verdades universais pelos seus produtores) sobre a malária. Como se verá, esta experiência local é em si própria múltipla nas suas práticas e nas convicções que lhe subjazem, resultando em tensões, negociações, alinhamentos.

Ao longo deste trabalho, pretendo mostrar a relevância da circulação e universalização dos saberes e dos «saberes-fazer» sobre a malária, no contexto português, considerando a procura da legitimação científica do estudo, regulação e práticas médicas sobre malária, em Portugal, e o desafio à iniciativa e capacidade (científica e política) nacional nessa área. Mas também posicionando Portugal no contexto internacional de produção e circulação dos saberes médicos, onde os médicos portugueses procuravam a aliança e cooperação directa de actores que proporcionassem o acesso à autoridade, globalmente reconhecida, resultante dos efeitos práticos desses modelos e técnicas. Esta procura activa de alianças concretizava-se em parcerias internacionais para a institucionalização da saúde pública, bem como para o estudo, tratamento e controlo da malária.

Dando conta das memórias sobre as experiências da malária quero também acrescentar-lhe outro corpo e a experiência física da doença, mediada por múltiplos factores revelados nos discursos directos dos (ex)doentes. Esta não se resume à experiência sensorial e cognitiva da palpação de um baço dilatado ou da visão dos parasitas numa preparação de gota espessa de sangue, sob a lente de um microscópio, característica de algumas narrativas médicas que «objectificam» o corpo doente e o reduzem a partes (baço, sangue) ou à rentabilidade da força de trabalho. A malária, definida pela rememoração de experiências passadas, inclui como eixo a noção de «sofrimento» partilhado pelos membros de um grupo profissional, congregando os elementos e gestos do quotidiano com as hierarquias sociais e as relações de trabalho, como partes fundamentais da constituição das malárias individuais. As narrativas sobre as experiências pessoais da malária remetem também para a necessidade de considerar os diversos factores micro e macro-sociais envolvidos nessas experiências,

“Uma Questão Nacional”

condicionando a vulnerabilidade e possibilidades de resposta dos indivíduos à malária, na linha do conceito de «sofrimentos social» desenvolvido por Arthur Kleinman, Veena Das e Margaret Lock (1997) e reconhecendo a relevância da historicidade das condições políticas, sociais e económicas que geram esse sofrimento e o modo como é vivido e percebido (ver Farmer 2004).³

Assim, darei conta das «práticas conceptuais» e das «práticas materiais» (Pickering 1992a) que na sua dinâmica histórica produzem a malária, na sua multiplicidade. Nesta perspectiva, veremos como circulam indivíduos, ideias, conceitos, discursos e técnicas entre o internacional, o nacional e o local. Veremos como falam e fazem médicos, políticos, técnicos de saúde, engenheiros, camponeses.

Da unidade à pluralidade

A biomedicina define a malária como uma doença (ou complexo de doenças) parasitária, causada por quatro espécies de *Plasmodium* (*P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*), um microorganismo parasitário cujas várias espécies afectam diferentes espécies de vertebrados. As discrepâncias nos períodos de intermitência da febre são medicamente explicadas como resultado da infecção por cada uma das diferentes espécies do parasita, sendo em regra o *P. falciparum* que provoca os casos mais letais. O parasita é transmitido ao homem por intermédio da picada de um mosquito (da espécie *Anopheles*), que por sua vez se infecta ao ingerir sangue de humanos contendo parasitas. A investigação malariológica de várias décadas, atribui ao parasita um ciclo de vida complexo, repartido entre o aparelho digestivo do mosquito, o fígado e os glóbulos vermelhos dos humanos (ver Litsios 1997). Os acessos intermitentes de febre, tremores, sudção profusa, frio intenso, dores de cabeça, familiares a médicos e não médicos e, até às últimas décadas do século XIX, compreendidos por todos como efeito das emanções de matéria orgânica em putrefacção nos pântanos e

³ Paul Farmer desenvolve o conceito de «violência estrutural», compreendendo os constrangimentos sociais, políticos e económicos historicamente consolidados que «constringem a agência das suas [violência estrutural] vítimas. Aperta um nó físico à volta do seu pescoço e este garrote determina o modo como recursos – alimentos, medicina, até afecto – são distribuídos e experimentados. A socialização da escassez é informada por uma rede complexa de eventos e processos remontando muito atrás no tempo e cruzando continentes» (Farmer 2004, 315). Para mais desenvolvimentos sobre o conceito de «violência estrutural» e sua relação com o «sofrimento social» na teorização e metodologia da antropologia médica veja-se, particularmente, os artigos de Arthur Kleinman e Joan Kleinman (1996), Paul Farmer (1996) e Veena Das (1996), de um número especial da revista *Daedalus* intitulado «Social suffering» (1996); também a introdução de Linda Green (1998) no número temático da revista *Medical Anthropology Quarterly*, «The embodiment of violence» (Março 1998) e Vinh-Kim Nguyen e Karine Peschard (2003). Ver também cap. 5 deste trabalho.

águas estagnadas (miasmas), passaram a ser medicamente associados a infecção pelos *Plasmodia*.

A identificação dos parasitas causadores da malária e do mosquito seu transmissor combina conhecimentos de parasitologia e o princípio da «causa e agente específicos» das doenças, preconizados pelas pesquisas de bacteriologia, em progressiva ascensão a partir da segunda metade do século XIX; técnicas de microscopia e coloração associadas a conhecimentos práticos de hematologia; conhecimentos de zoologia e entomologia. A definição médica da causa e modo de transmissão da malária resulta, por conseguinte, da associação e acumulação de saberes decorrentes dos trabalhos directa e indirectamente ligados ao seu estudo. Destes destacam-se as primeiras observações do *Plasmodium* (1880) feitas por Charles Alphonse Laveran, cirurgião militar francês, em serviço na Argélia; as investigações de Ronald Ross, um médico colonial britânico, em serviço na Índia, sobre o papel dos mosquitos na transmissão do parasita ao homem; e os trabalhos do médico italiano Giovanni Battista Grassi, também sobre o papel do mosquito como vector da malária, realizados em Itália.

Na viragem do século XIX para o século XX, a malária atravessava um período de resolução de controvérsias, apontando para a fixação dos elementos que deveriam defini-la, negociados dentro da comunidade científica, supostamente alienando-a do domínio público ao qual pertencera por largos séculos. O modo como passa a ser descrita e caracterizada, com base em técnicas laboratoriais específicas tem implicações nas práticas terapêuticas e nas técnicas de controlo da doença. Ou seja, esta mudança de paradigmas e práticas implica uma transformação na constituição/definição médica da malária, que se assume como verdadeira e a única a permitir uma acção «racional». Esta definição médica resulta da circulação de conhecimentos, técnicas, ideias, ideologias e pessoas⁴ no espaço europeu, mas também entre a Europa e as suas colónias, num ambiente de rivalidade entre os Estados, bem como de crença no poder da ciência e da tecnologia como produtores e marcas de civilização; convicções que iam ao encontro dos projectos económicos e políticos inspirados pelo colonialismo e pelo capitalismo (ver Haynes 2001, 87, 88).

⁴ Veja-se o que escreve Illana Löwy a propósito da «definição científica da febre-amarela como uma doença induzida por um vírus»: «Esta estabilização, hoje em dia apresentada como dado adquirido [...] necessitou, no entanto, dos esforços continuados de numerosas pessoas em diferentes locais – em África, na América Latina, em França, na Inglaterra, nos Estados Unidos; ela consolidou-se através da circulação de especialistas, de reactivos, de instrumentos e de técnicas, bem como pela elaboração de políticas de saúde pública integrando a sua nova definição nos esforços de prevenção da febre-amarela» (Löwy 2001, 27). Esta reflexão aplica-se ao impacto da definição de causa e transmissão da malária com base nos elementos *Plasmodium*, mosquito e homem.

“Uma Questão Nacional”

Mas, até à segunda metade do século XX, a malária não estava confinada aos «trópicos», nem era objecto exclusivo da medicina tropical. Nos EUA, fez parte do quotidiano das populações rurais do Sul do país até aos anos 40 do século XX. Na Europa, esta doença afectava sobretudo os países do Sul, com particular incidência na bacia mediterrânica (Grécia e Itália, especialmente). Em Portugal, Estado que se auto-definia como politicamente dividido por três continentes (Europa, África e Ásia), a malária estava presente nas colónias, mas fazia igualmente parte das doenças sazonais do mundo rural, até ao início da década de 60 do século XX. Esta presença da malária em todos os territórios da «Nação portuguesa», sob formas diversas, desencadeava respostas distintas. Optei por centrar-me nas instituições, pessoas e normas que caracterizavam a malária no Portugal europeu, uma vez que as estruturas de investigação e assistência relacionadas com esta não são as mesmas para os dois contextos. Por outro lado, a ideia de descortinar trocas de ideias, práticas e indivíduos entre a malária metropolitana e a malária colonial revelou-se difícil de seguir, através das fontes a que tive acesso.

Parti, então, de um momento (cerca de 1930) em que, aparentemente, se alcançara uma estabilização de conhecimentos e práticas médicos em torno da malária, à escala internacional (uma espécie de homogeneização universalista), traduzida, em Portugal, na definição médica e reconhecimento político da doença como um problema de saúde suficientemente relevante para levar à regulação e institucionalização estatal do seu estudo, tratamento e controlo. Desse encontro de interesses, resultou a criação dos Serviços Anti-Sezonáticos⁵ (SAS), assistência médica estatal para o tratamento e controlo da malária, e do Instituto de Malariologia de Águas de Moura (IM), instituição estatal para a investigação da malária em Portugal. As narrativas médicas e históricas sobre estas instituições evocam figuras carismáticas, como Ricardo Jorge, com o seu papel aglutinador e timoneiro,⁶ que permitiu a médicos, higienistas e malariologistas estruturarem um discurso, uma memória e uma verdade científica em torno da malária, do higienismo e saúde pública, do serviço de saúde estatal, dos serviços anti-malária e do instituto de malariologia. Seguindo estas fontes,

⁵ A designação «anti-sezonáticos», oficialmente atribuída aos serviços dedicados ao tratamento e controlo da malária e que se manteve até à extinção destes (em 1984), resulta da palavra adoptada por Ricardo Jorge, cerca de 1903, como a melhor para nomear a malária: «sezonismo» (ver cap. 1). Ao longo do trabalho usarei esta expressão apenas pontualmente; em geral utilizo a designação «malária» aquela que é usada presentemente na literatura médica, em português.

⁶ Como se verá, o questionamento latouriano sobre a dimensão das figuras carismáticas, nomeadamente de Pasteur, no caso da expansão da bacteriologia em França, é pertinente para o exemplo de Ricardo Jorge. Trata-se de «decompor a eficácia» dessas figuras carismáticas, olhando para outros elementos e indivíduos que se lhes associam, dando-lhes relevância (Latour 1988, 14-16).

cresciam as interrogações sobre como se chegara à instalação de um centro de investigação da malária em Águas de Moura e de uma estrutura estatal dedicada exclusivamente ao tratamento e controlo desta doença (ao estilo dos dispensários de higiene social e da tuberculose), aparentemente pouco relevante epidemiológica e socialmente. Ao mesmo tempo, multiplicavam-se as pessoas, instituições, técnicas, experiências, os lugares, discursos e objectos envolvidos na produção da problemática da malária em Portugal, tornando-se evidente a invisibilidade das populações identificadas como as mais afectadas pela doença e das suas narrativas sobre a malária e sobre «ter malária».

Tornava-se, então, fundamental contrariar a «parentesiação dos meios de produção» (Mol 2002, 161) da malária como um facto estável e consensual. Na tentativa de lançar luz sobre os múltiplos elementos envolvidos neste «facto», procuro reflectir sobre a estabilização da definição científica/médica da malária, referindo-me às diversas pessoas, lugares, técnicas, políticas, acções, que estiveram implicadas na produção dessa verdade científica, à escala global; mas também sobre os elementos congregados na definição da malária leiga, particularmente aquela que resulta das memórias de «ter malária», de alguns trabalhadores rurais aposentados.

Embora me refira à problemática da malária em Portugal como uma «produção social» e realce o seu carácter compósito, admitindo que a sua configuração e reconfiguração se produzem através de acções e experiências individuais e colectivas, socialmente enquadradas, não estou a reduzi-la a uma prática discursiva e socialmente produzida. A malária, como qualquer doença, é definida a partir da experiência física (vd. Rosenberg 1992; Löwy 2001); o que não implica a sua pré-existência como «um objecto singular que estava à espera [de ser descoberto], no corpo» (Mol 2002, 70). A um determinado conjunto de manifestações físicas causadoras de desconforto, dor e eventualmente morte associam-se práticas conceptuais (definições), discursivas (designações, nomeações) e técnicas que diferem ao longo do tempo e no espaço. Para Charles Rosenberg, «De certa maneira a doença não existe até que concordemos que sim, percebendo-a, nomeando-a e dando-lhe resposta» (1992, 305). Contudo, esta afirmação pretende apenas realçar a importância do reconhecimento social e da nomeação para a existência da doença enquanto «fenómeno social», não lhe negando uma dimensão biológica indefinida, traduzida por exemplo na dor (Rosenberg 1992, 306). Em face da multiplicidade de dimensões interdependentes, Löwy define a doença como um «fenómeno ‘bio-cultural’» (Löwy 2001, 19). Por seu lado, Mol (2002) defende que não faz sentido procurar a realidade da doença para além da prática. É na prática (nas práticas, mais

“Uma Questão Nacional”

exactamente) que a doença se configura como tal, revelando-se heterogénea nas formas que assume e volátil na sua caracterização; é produzida tanto pelas diversas sensações, dificuldades, incapacidades, dores e transtornos do quotidiano, experimentados pelos doentes, como pelas técnicas de diagnóstico empregadas pelos médicos.

Na minha assumpção da malária como uma produção social pretendo cruzar estas noções. Não é meu propósito discutir a questão da realidade da doença, para lá das definições científico-sócio culturais; espero antes mostrar, ao longo deste trabalho, como a malária (e esta designação corresponde já, em si, a uma classificação com todo o rol de modelos, representações, conceitos e intervenientes que tem por detrás) em Portugal se configura e reconfigura através da associação de diversos elementos e de diversas práticas (discursivas, organizativas, técnicas). E como ela aglomera diversas malárias que diferem não apenas geográfica ou temporalmente, mas no mesmo espaço e contemporaneamente.

O universal fragmentado: circulação e pluralidade

Sobre a ideia «[...] nascida no século XX – de que o saber sobre as doenças é universal e pode transportar-se [...] de um sítio para outro», Löwy diz que esta universalização dependia de um esforço de criação de consensos por meio da «unificação das nomenclaturas científicas e a concentração de bibliografias destinadas a criar uma língua universal da ciência», tendo por veículo privilegiado para a sua internacionalização «a organização de congressos, de grupos de trabalho» e um empenho em intensificar a circulação da «informação científica» (Löwy 2001, 29, 31). Löwy refere-se ainda à importância do estabelecimento de centros de investigação e ensino, particularmente de bacteriologia, funcionando como pólos de atracção para estudantes de múltiplas nacionalidades, que assim entravam no sistema de circulação e internacionalização de modelos e práticas, nomeadamente técnicas laboratoriais (Löwy 2001). Também Dominique Pestre (1995), numa reflexão teórica sobre a história social e cultural da ciência, se refere à relação entre circulação e universalidade, considerando que «Se os saberes científicos (como as outras formas de saber) circulam, não é por serem universais. É porque eles circulam – quer dizer, porque são reutilizados em outros contextos e porque um sentido lhes é atribuído por outros – que eles são descritos como universais» (Pestre 1995, 498). Nesta circulação do saber e dos «factos científicos», Löwy e Pestre realçam ainda a importância do «saber-fazer», das

técnicas e instrumentos que permitem a operacionalidade desse conhecimento, tornando-se fundamentais para a sua deslocação.

Löwy contrapõe ainda a uma perspectiva difusionista dos modelos da ciência dimanados de centros produtores (ocidentais ou europeus) para as periferias, uma noção de circulação desses modelos, com apropriações e adaptações locais. Esta argumentação elaborada compreende a noção de *deslocamento* de «conhecimentos e práticas científicas», acontecendo em locais muito distintos e com implicações mútuas:

[...] as diferentes dimensões da transferência de conhecimentos e de práticas científicas estão indissoluvelmente ligadas. Para seguir uma ciência que se desloca é necessário retrazar as acções que se desenrolam em múltiplos locais: no laboratório e no terreno, no seio dos debates parlamentares e das deliberações municipais, nas publicações profissionais e na imprensa de grande tiragem. Estes locais não têm uma hierarquia pré-determinada. Uma mudança de orientação pode seguir-se a uma decisão política, sob pressão popular ou em consequência da introdução de uma técnica de laboratório nova, duma modificação do recorte das jurisdições profissionais ou então do desenvolvimento de instrumentos administrativos mais aperfeiçoados. O estudo da transferência da ciência implica, então, a necessidade de circular em permanência entre os múltiplos locais onde se efectua uma tal transferência e entre as culturas que nela estão implicadas (Löwy 2001, 17).

Esta movimentação complexifica a distinção entre «centro» e «periferia», sugerindo a necessidade de pensarmos antes na *interacção* desses modelos com as condições da prática localizada. A ideia de interacção no deslocamento do saber e «saber-fazer» científicos, sugerida por Löwy, tem um paralelo em outros trabalhos de história da ciência referentes aos contextos coloniais, como por exemplo o de Kapil Raj (2007), em que este critica a ideia da «ciência ocidental» vista como «paradigma de um discurso hegemónico do poder ocidental, uma formação discursiva através da qual o resto do mundo está ao mesmo tempo subjugado e relegado ao controlo do Outro binariamente oposto» (Raj 2007, 156). Raj realça que «A mobilização de disciplinas tão variadas como a história, a sociologia, a economia, a filosofia e a antropologia, contribuiu para dar a conhecer a natureza negociada, contingente e local dos enunciados e dos objectos que constituem a ciência moderna», acrescentando que «estes enunciados, objectos e práticas só se deslocam do seu lugar de invenção, e portanto só se universalizam, à custa de acomodações que consistem em reconfigurar os novos objectos e procedimentos científicos e o corpo social em que se inserem» (Raj 2007, 155).

“Uma Questão Nacional”

Embora os argumentos de Löwy e Raj se desenrolem em torno de contextos não europeus – sendo que no caso do trabalho de Raj se trata dos espaços coloniais, mais especificamente da relação entre o Reino Unido e a Índia –, a problemática da universalização, localização e negociação do saber e «saber-fazer» científicos coloca-se também para os contextos europeus; sobretudo na afirmação dos modelos e práticas da ciência médica em regiões da Europa que estavam fora da vanguarda da produção científica, bem como junto dos poderes políticos em todo o continente. Nesta relação entre universalização e localização há a considerar o envolvimento das elites locais, intervenientes/intermediários fundamentais na deslocação desses modelos e práticas médicas; esta é uma questão válida quer para o contexto colonial, quer para o caso do Brasil ou de Portugal. A dinâmica da circulação do conhecimento e técnicas médicas sobre a malária, entre os EUA, a Europa e o mundo rural português, tendo por principais agentes alguns médicos ligados aos serviços de saúde estatais, tem um papel determinante na configuração da malária em Portugal, ilustrando a transformação decorrente da adaptação às circunstâncias locais.

Löwy fala da hesitação dos médicos brasileiros entre o projecto de civilizar o Brasil pela importação dos saberes e práticas médicos europeus, ou a produção de uma ciência médica brasileira; ou seja, entre «o reconhecimento da existência de uma ciência do ‘centro’, a única capaz de legitimar os seus esforços [...] e a aspiração a relativizar a sua importância» (Löwy 2001, 18). Por seu lado, Simone Kropf e Magali Romero Sá dizem, a propósito da investigação desenvolvida por Carlos Chagas no Instituto Oswaldo Cruz, sobre a doença de Chagas, e o seu papel fundamental para a medicina tropical brasileira, que este trabalho mostra «como os cientistas brasileiros tinham recurso a conceitos e teorias desenvolvidos em centros científicos estrangeiros, não de um modo passivo e mimético, mas como sujeitos activos da sua produção e validação, a um nível internacional» (2009, 14). A perplexidade referida por Löwy estaria, neste caso, solucionada pela produção local de conhecimento, a partir de modelos e técnicas circulando internacionalmente, encontrando reconhecimento e validação nos fóruns científicos internacionais e produzindo internamente «soluções para os problemas sanitários do país, abrindo, assim, caminho para a sua modernização» (Kropf e Sá 2009, 14).

Em Portugal, veremos como a configuração da malária ou das malárias médicas está fortemente ancorada não apenas em modelos conceptuais internacionais de etiologia e transmissão da doença mas também nas práticas relacionadas com a prevenção da doença, dimanadas das experiências realizadas nas colónias britânicas e em Itália, mais do que com

técnicas de investigação laboratorial. A relação dos médicos portugueses com estes conceitos e práticas é, como no Brasil, de procura de legitimação e consolidação das suas aspirações à reforma dos serviços de saúde, à maior intervenção da sua classe profissional na administração e regulação da sociedade. Neste sentido, a sua preocupação é sobretudo a de replicar selectivamente, ou seja, adaptando à realidade portuguesa, os modelos e técnicas desenvolvidos no espaço internacional de desenvolvimento da malariologia, produzindo conhecimento específico sobre a malária no país e assim proporcionando a base científica para uma acção organizada de controlo da doença. A procura de reconhecimento internacional para esta produção nacional é menos relevante no discurso dos médicos portugueses. Estes participavam na rede internacional da ciência médica e alguns (como Carlos França ou o próprio Ricardo Jorge) publicavam em revistas médicas estrangeiras, mas não sobre a malária. A comparação com o resto do «mundo civilizado», nesta matéria, tem sobretudo a função de estimular o envolvimento estatal, tomando os avanços médicos e higiénicos como uma medida do progresso nacional.

Para além dessa relação entre universalização e localização, há a considerar as dissensões no processo de consolidação dos modelos e práticas científicos, decorrentes das tensões e conflitos entre os envolvidos na sua produção. Estas divergências traduziam rivalidades profissionais entre cientistas de diferentes países, mas também no seio de comunidades médicas nacionais. E se a universalização dos modelos e práticas médicos decorre do progressivo alinhamento e convergência de posições (apesar da multiplicidade de interesses), resultando na sua estabilização (ver Latour 1988), na verdade esse processo não implica a inexistência de diferenças, decorrentes de práticas associadas a circunstâncias e experiências particulares (ver Mol e Berg 1998).

Neste trabalho as diferentes configurações da malária produzidas dentro da comunidade médica em Portugal aparecem quando falo dos debates em torno da causa e da transmissão da doença surgidos nas revistas médicas nacionais, nas últimas décadas do século XIX; nas polémicas em torno dos SAS; ou nas diferenças entre a caracterização da malária pelos médicos envolvidos na investigação malariológica e entre os médicos trabalhando directamente com a população. Essas diversas malárias estão também subjacentes aos diferentes momentos da pesquisa e acção em torno da malária em Portugal. Estes momentos, de transição imprecisa, caracterizam-se por diferentes apresentações da malária, com maior ou menor relevância desta no discurso, investigação, planeamento e acção médica; marcam-nos

“Uma Questão Nacional”

ainda eventos políticos, económicos e sociais distintos, com implicações significativas na dinâmica e importância sociocultural da malária em Portugal.

Remontando à segunda metade do século XIX, refiro-me a um período caracterizado pela associação entre a expansão dos arrozais e o aumento dos casos da doença, condicionado por questões políticas e económicas; na primeira década do século XX, um momento de maior interesse pelo estudo da malária em Portugal (regido pelos novos paradigmas sobre o agente específico causador da doença e o mosquito transmissor), pela regulamentação do seu tratamento e controlo, relacionado com a reforma e reforço da Direcção-Geral de Saúde, bem como pelo desenvolvimento de organismos especificamente dedicados à problemática da malária e envolvendo médicos, higienistas, agrónomos, políticos; o esmorecimento deste ímpeto e a retoma da malária como uma das doenças a contemplar na organização e implementação da medicina social em Portugal, enquanto competência do serviço de saúde do Estado, em 1930; a autonomização dos SAS em relação aos serviços de saúde e do IM, enquanto entidade dedicada ao estudo da malária, no final da década de 1930.

Estas tendências na composição da malária não surgem ao longo deste trabalho em sucessão cronológica mas esboçam-se na associação, intencional ou incidental, de elementos diversos, de objectivos, intenções, projectos e condições distintos. Note-se que esta associação não está sempre explicitada nem é sempre reconhecida pelos intervenientes, quer porque estes são involuntariamente envolvidos na configuração da malária, quer porque o seu envolvimento depende mais da minha interpretação dos documentos orais e escritos do que da sua enunciação/reconhecimento nestas fontes.

Malárias vividas na pele

Ao abordar a malária tal como é definida e explicada pelos assalariados rurais (adiante nesta introdução se compreenderá porquê este grupo profissional em particular), diferenciando-a das definições médicas, aproximo-me da problemática da distinção entre conhecimentos e práticas médicas e leigas, amplamente explorada e debatida pela antropologia médica. Esta demarcação resume-se na diferenciação analítica proposta por Arthur Kleinman entre *sickness*, *disease* e *illness*. Segundo o modelo de Kleinman, *illness* seria a doença experimentada e narrada pelo doente, indissociável da sua dimensão sociocultural; *sickness* seria a doença classificada e descrita pela biomedicina e *disease* o processo biológico de desenvolvimento da doença (Young 1982). Este modelo teórico serve,

até certo ponto, o objectivo de mostrar a complexidade e o carácter compósito da doença. Contudo, considero a malária definida e descrita pela medicina uma produção sociocultural, tal como a malária dos leigos, e não apenas «aquilo que a biomedicina descobre ‘na’ pessoa, independentemente do seu reconhecimento (pessoal ou cultural)» (Rhodes 1996, 171). Interessa-me compreender as interdependências e intercepções entre as malárias médicas e leigas, ou os seus desencontros e mal-entendidos, bem como o universo de recursos que partilham, mas que combinam, percebem, explicam e usam de modo diverso. Pretendo acompanhar as suas dinâmicas através das narrativas sobre as coisas, ideias, práticas e pessoas que as constituem. Ou seja, interessa-me perceber a malária enquanto acção e experiência individual e/ou colectiva, reconhecendo-lhe não apenas multiplicidade mas fluidez, para lá da aparente fixidez da sua designação e da pretensa universalidade dos modelos científicos que a definem.

Ao incluir a malária dos assalariados rurais no âmbito da minha análise pretendo abranger o maior número possível de lugares, pessoas, coisas, ideias e experiências pelas quais esta doença se desdobra. Ao mesmo tempo, procuro dar conta das experiências pessoais da malária, excluídas das fontes médicas, onde as pessoas quase sempre aparecem sob a forma de números (índices esplénicos, índices parasitários, número de casos, óbitos). Assim, quero acrescentar outras formas de produção da malária, àquelas que se revelam a um olhar centrado na análise da produção científica de uma doença, mesmo quando esta análise toma por adquirido o enraizamento social do conhecimento e prática científicos. A desmistificação da ideia de ciência expurgada de «contaminações sociais» e reveladora da «realidade» e da «verdade» não chega para lhe retirar um lugar de excepção no social, que parece dispensar o envolvimento das experiências leigas quotidianas. O olhar antropológico sobre a produção social da malária reconhece a progressiva hegemonia das definições médicas da doença, mas revela também as diferentes malárias (as não médicas) com as quais estas convivem voluntaria ou involuntariamente e que condicionam a sua própria composição e preponderância.

Do ponto de vista dos doentes, ainda que a malária se defina sobretudo pela sensação de sintomas específicos como a febre intermitente e os tremores, outros elementos vão surgindo, não dependentes da experiência física da doença, mas expressando a incorporação das definições médicas, quer enquanto representações ou modelos abstractos, respeitantes à etiologia e modo de transmissão da doença, quer enquanto técnicas directa ou indirectamente experimentadas pelos pacientes, sob a forma de procedimentos de diagnóstico (como a «pica

“Uma Questão Nacional”

da orelha» – i.e., a recolha de sangue para verificação da infecção pelos parasita da malária – ou a palpação do baço), ou acções para o controlo da malária (instalação de redes nas janelas das habitações; uso de químicos para eliminar larvas de mosquitos nas concentrações de água). Assim, embora não coincidindo com as malárias médicas, as malárias dos doentes a que me refiro ao longo do trabalho e que se reportam a meados do século XX português, relacionam-se com essas, incorporando as suas técnicas, modelos, práticas e instituições.

A minha abordagem à malária dos assalariados rurais pretende ainda ir além da tendência dominante em grande parte das histórias sobre esta doença, de olhar o envolvimento das populações sobretudo numa perspectiva sociopolítica e/ou cultural. Estas perspectivas oscilam, conforme a orientação metodológica e as questões de partida dos autores, entre a ênfase do engajamento e participação populares em acções colectivas de controlo da malária, inscritas em movimentos sociopolíticos, como no caso da Itália (ver Snowden 2006), e os movimentos de resistência às medidas estatais impostas, como expressão da diversidade cultural (particularmente percepções e definições indígenas da malária, do corpo, do sangue) e da competição entre medicina ocidental e medicinas indígenas (Cueto 2007, 112-139).

Contudo, no contexto português, a estabilização (no sentido da não contestação) dos conhecimentos e práticas relacionados com a malária não conheceu episódios significativos de resistência das populações, nas áreas classificadas como «maláricas». Houve um esforço de sensibilização dessas populações, por parte das autoridades sanitárias, procurando-se *traduzir* os seus interesses (tal como se procurou traduzir os interesses do Estado, cooptando a sua autoridade e legitimidade) na linguagem da prevenção da malária.⁷ A tradução nunca é completa, permitindo assim a emergência de múltiplas malárias e resultando na fragmentação de respostas/reacções que, no entanto, coexistem sem contradições fracturantes. Procurarei ilustrar essa fragmentação razoavelmente harmoniosa que revela os elementos congregados em torno das experiências pessoais da malária, condicionando as expectativas e respostas dos indivíduos à doença, bem como a sua adesão aos SAS e o uso que destes faziam.

Nesta abordagem, a noção de pluralismo ou ecletismo médico e terapêutico (ver Beckerleg 1994; Whitaker 2003; Agdal 2005) revela-se significativa para a compreensão da combinação de elementos nas memórias dos (ex)doentes sobre as suas experiências de «ter malária», ou seja, na constituição das suas malárias. Este ecletismo é, ao mesmo tempo, revelador das implicações mútuas de diversas experiências de malária e das práticas a esta

⁷ Sigo, em interpretação livre, o conceito de «tradução» de Latour, conforme usado ao longo do seu trabalho *The Pasteurization of France* (1988), sem entrar na complexidade da definição apresentada no mesmo trabalho, p. 253n.

associadas. Por um lado, o percurso entre o laboratório de malariologia e as técnicas de controlo da malária, no terreno, implicava adequação a múltiplos factores (humanos, económicos, geográficos); por outro lado, o contacto regular das populações com médicos, visitadoras (auxiliares de acção médica) ou técnicos sanitários, bem como com as instituições ligadas ao controlo e tratamento da malária, dispersas pelas áreas rurais em todo o país, implicava transformações no seu modo de perceber não só a doença, mas também o meio envolvente, alargando o espectro de opções para a construção de sentidos, assim como para as práticas terapêuticas relacionadas com a malária. Este contacto propiciava ainda a familiarização com as instituições médicas, suas regras, instrumentos e técnicas, contribuindo para a sua vulgarização no meio rural e progressiva transformação numa necessidade e num direito. Ao longo do trabalho não me referirei a estas implicações, mas elas estão subjacentes às acomodações mútuas, na configuração das diversas malárias que as minhas fontes me permitiram compor.

A inclusão das memórias dos trabalhadores rurais sobre a malária aproxima também este trabalho da perspectiva de Margaret Humphreys (2001), que integra a experiência da malária das populações rurais, particularmente dos rendeiros do sul dos EUA, durante a década de 30 do século XX, na sua abordagem à história daquela doença neste país. Para Humphreys o desaparecimento da malária nos EUA explica-se precisamente por uma combinação de factores geográficos, climáticos, económicos, políticos e sociais, sendo fundamental a tentativa de compreender as experiências da malária dos indivíduos mais afectados por esta doença. Para tal, Humphreys recorre a uma fonte incomum: entrevistas realizadas com trabalhadores rurais e rendeiros do sul dos EUA, durante o período de vigência do New Deal, nos últimos anos da grande depressão. A partir deste material, Humphreys procura sobretudo realçar como a pobreza e o racismo – no caso dos negros que compunham grande parte da população rural do sul dos EUA – condicionavam as experiências e configuração da malária para estes indivíduos, formando diferenças, a seu ver abissais, entre as suas perspectivas e a dos médicos; este desfasamento juntava-se à vulnerabilidade das populações rurais à malária, contribuindo para dificultar a comunicação entre os médicos, os pacientes e suas famílias, bem como a recepção dos cuidados médicos e das normas de saúde pública. Contudo, a minha perspectiva sobre as experiências individuais da malária não é a de identificar nelas entraves ou propiciação à eficácia das acções médicas visando o seu controlo e tratamento; tanto mais que, segundo as fontes escritas consultadas e memórias recolhidas, os serviços anti-malária e os recursos que colocavam à disposição das

“Uma Questão Nacional”

populações eram muito procurados e amplamente usados pelas populações rurais, ainda que nem sempre segundo as regras preconizadas pelos médicos e outros técnicos de saúde. Pretendo antes identificar convivências, relações e adequações mútuas entre os múltiplos modos de reconhecer, pensar, sentir e fazer perante a malária.

Por outro lado, ao propor-se apresentar a história da malária nos EUA também na perspectiva das populações rurais, Humphreys parte do pressuposto de uma diferenciação entre o ponto de vista mais uniforme dos médicos e outros técnicos de saúde e o da população não médica, fragmentada não só pela diversidade das classes sociais e sua distribuição geográfica, mas também pelo ecletismo de discursos e práticas relacionados com a doença, e particularmente com a malária, dentro de cada grupo social. Neste trabalho, pretendo mostrar como a perspectiva dos médicos e técnicos de saúde sobre a malária carece de uniformidade, tal como a perspectiva não médica. A estabilização de explicações etiológicas e da transmissão da malária, bem como a regulamentação e institucionalização das acções para o seu tratamento e controlo, não correspondem a uma homogeneização de perspectivas e de abordagem às situações quotidianas da experiência dos médicos no laboratório e/ou no terreno; ou seja, não corresponde a uma uniformidade de práticas.

É minha convicção que a malária (ou as malárias) das populações rurais, em toda a sua diversidade, foi parte tão importante para a consolidação das instituições dedicadas ao estudo, tratamento e controlo desta doença como a investigação, acções e negociações envolvendo médicos e poder político e culminando na regulamentação de procedimentos para o seu tratamento e controlo. Ao longo deste trabalho procuro mostrar como a malária serve de elemento associativo entre ciência, higienismo, medicina e poder político-administrativo, resultando em alinhamentos entre estes. A criação dos SAS e do IM, no início dos anos 30 do século XX, são o culminar dessa associação, de onde resulta a medicalização e institucionalização efectiva da malária, a difusão dos serviços de saúde pelo mundo rural e, através destes, mais uma marca da presença da autoridade do Estado por todo o país. E, de facto, no conjunto de associações, negociações, combinações, disputas, desentendimentos e frustrações que culminaram na concretização desse projecto, a população dos campos, classificada como a mais martirizada pela malária, não parece tomar parte activa nessa construção;⁸ ou seja, não participa deliberadamente, por escolha própria, na produção das

⁸ Veja-se o que diz Bruno Latour (1988, 139, 140) sobre a consolidação do higienismo pasteuriano, segundo o seu modelo teórico do «actor-rede». Segundo Latour, o higienismo coercivo e autoritário é o resultado de negociações, conflitos, resistências e acordos entre inúmeros actores; contudo, entre eles não estão «os pobres», os alvos da acção sanitária.

normas e regras que progressivamente ganham força como definidoras da malária biomédica. No entanto, essas pessoas têm um papel fundamental na argumentação médica sobre o impacto social da malária e sobre a necessidade de a regular e controlar através da higiene e dos serviços de saúde estatais; o corpo do trabalhador rural infectado de malária, conjuntamente com o seu ambiente doméstico e natural, são elementos importantes das ideias, modelos, práticas e discurso médicos, pretexto e fundamento para a sua acção. Estes apenas buscam a aceitação da população quando pretendem passar da regulação à prática em larga escala (vd. Latour 1988, 139, 140).

Mas, no caso da malária, trata-se, de facto, de *persuasão* e não de coerção, geralmente associada à acção sanitária do final do século XIX e início do século XX e que, em Portugal, teve um dos casos mais expressivos no controlo do surto de peste bubónica ocorrido no Porto, nos últimos anos do século XIX. Em todo caso, a malária não representava, segundo os modelos médicos, uma ameaça semelhante à das epidemias de doenças contagiosas; por conseguinte, a acção sanitária para o seu controlo não requeria a tomada de medidas extremas e impositivas. A persuasão era a estratégia a seguir, mas sem a preocupação de «converter» as populações à exclusividade da malária do *Plasmodium* e do mosquito – desde que as diferenças não interferissem com o funcionamento dos serviços e objectivos a que se propunham –, ou de procurar a sua colaboração na difusão dos princípios de tratamento e controlo da doença, como acontecera em Itália (Snowden 2006); confiava-se antes no efeito da autoridade administrativa para as render a novas práticas e regulamentações. Por outro lado, apenas no início dos anos 30 do século XX terá lugar uma acção continuada e progressivamente alargada a todo o país, para o «combate à malária». Por esta altura, a medicina estava já mais incorporada na sociedade portuguesa, fosse ela urbana ou rural, integrando o reportório de maneiras de pensar e agir em face das doenças em geral e da malária em particular. Assim, as memórias que recolhi, mas também os artigos médicos sobre o funcionamento dos SAS, dão conta de uma população complacente e receptiva aos SAS, embora interpretando as funções e acções destes e usando-os de acordo com as suas próprias experiências e necessidades.

Perante esta perspectiva, não me deterei tanto na questão do biopoder e nos debates sobre o carácter disciplinador e eventualmente coercivo do higienismo e das instituições sanitárias, enquanto braço do poder do Estado, encontrando na malária um pretexto para a sua extensão e legitimação. Procurarei antes atentar na lenta consolidação desse poder e na sua permanente mutabilidade, condição da sua manutenção. Assim, tentarei ilustrar os diferentes

“Uma Questão Nacional”

momentos de relação entre a medicina e o poder político, relativizando a instrumentalização daquela por este, mesmo no período do Estado Novo, supostamente mais propício ao controlo e regulação dos indivíduos. Não pretendo negar o interesse do Estado nas potencialidades reguladoras e controladoras da saúde pública, através da organização de um serviço de saúde estatal, mas sim reflectir sobre o protagonismo deste em face de outras dimensões do exercício do poder do Estado e em face das limitações de recursos que obrigavam a uma reconfiguração constante de projectos e práticas.

Não enveredo por uma argumentação centrada nas diferenças e assimetrias de poder, na imposição de modelos e técnicas, na polarização entre «dominantes» e «subalternos»; pretendo olhar a fragmentação do próprio contexto dos «dominantes», bem como os processos permanentemente em adequação de delineamento da malária e práticas (discursos, técnicas, modos de fazer) com esta relacionados, seu reconhecimento político e social. Por outro lado, atentando nas narrativas sobre as experiências pessoais da malária, para além dos factores micro e macro-sociais, que condicionam não apenas a epidemiologia da doença mas também o modo como é experimentada, pretendo perceber a multiplicidade de elementos em jogo no intervalo entre «dominantes» e «subalternos», atenuando a noção de imposição de modelos e práticas homogéneos. Ou seja, pretendo mostrar as negociações não intencionais ou deliberadas entre médicos ou técnicos sanitários, promotores das regras institucionalizadas para o controlo e tratamento da malária, e as pessoas que tinham malária, partindo das narrativas destas sobre o pragmatismo da sua interpretação, uso e avaliação dos dispositivos (discursivos, técnicos, institucionais) e normas que os SAS faziam chegar às populações. Como os adequavam às suas necessidades, ao seu reconhecimento da malária e à sua relação com a doença, ao seu ritmo quotidiano, à sua temporalidade; como os articulavam em alternância ou paralelo com os recursos terapêuticos que dominavam, no espaço doméstico e comunitário. E como estas dimensões se entrecruzavam sem contradições aparentes nem conflitos.

Para lá do estado da arte: referências e inspirações multidisciplinares

Esta abordagem à malária, procurando dar conta das diversas práticas que a constituem, da sua «ubiquidade», dinâmica e pluralidade – a malária ligando ciência médica, clínica e saúde pública, Portugal e o resto do mundo, os investigadores no laboratório, os higienistas, os proprietários rurais, os trabalhadores rurais, os arrozais, os mosquitos – remete

para uma perspectiva transdisciplinar; assim, as minhas referências vêm da antropologia médica, da sociologia da ciência, da história, da história social da medicina.⁹ Contudo, não vou aqui apresentar um estado da arte dos trabalhos destas áreas. Refiro-me apenas àqueles que mais inspiraram esta investigação e às linhas de reflexão e discussão que deles retiro.

Este trabalho é fundamentalmente aquilo a que Dube chama uma «narrativa híbrida» (2007, 2). Se lhe chamo, no título desta introdução, uma história antropológica é porque, de facto, pretende dar conta do processo histórico de configuração da malária em Portugal, remetendo para um tempo passado, mas dialogando também com referências e noções mais debatidas na antropologia, como as representações de saúde e doença, as práticas (discursos, técnicas, terapêuticas, métodos preventivos) a estas associadas e a sua relação com as experiências pessoais, as «culturas» de referência, sua dinâmica, diferenciação e relações de poder que lhe estão implícitas.

A historicização da malária permite analisá-la, questionando a sua autonomia e mostrando como se produz a partir do cruzamento e interacção de diversos agentes, sujeitos a múltiplas influências e constrangimentos. A minúcia do olhar antropológico, focado no particular, nos indivíduos e nas suas redes imediatas de socialização, permite dar conta de outras malárias inscritas no quotidiano desses indivíduos e comunidades. Neste processo analítico, não é apenas a malária que surge como produção social, mas também a medicina e os processos que, no seu percurso histórico, consolidam as definições científicas dominantes desta doença. A produção social da malária revela-se, então, não apenas nas definições, percepções, experiências e acções reveladas nas memórias de quem «teve malária», mas também nas práticas médicas, compreendidas como «culturais e construídas» (Rhodes 1996, 167). Ou seja, a história não revela apenas os factores sociais, políticos e económicos que condicionam a distribuição da malária, a vulnerabilidade de alguns grupos sociais ou as acções que estes conseguem levar a cabo em face da doença; revela também como os mesmos factores influenciam a produção do conhecimento médico sobre a malária, realçando o seu carácter circunstancial e socialmente produzido, interagindo com as práticas leigas. Nesta

⁹ Veja-se o que diz Andrew Pickering sobre as fronteiras disciplinares e o «estudo da ciência como prática»: «[...] o estudo da prática tende a boicotar reduções disciplinares tradicionais. Então, em jogo estão não apenas argumentos técnicos dentro da filosofia, teoria social, historiografia e por aí fora, mas desafios aos próprios enquadramentos e fronteiras disciplinares dentro dos quais as discussões técnicas são conduzidas. Vale, no entanto, notar que dizer que conceptualizações e fronteiras são desafiadas no estudo da ciência como prática não implica indicar uma desintegração anárquica da disciplinaridade. [...] A confluência de filósofos, historiadores, sociólogos e antropólogos [...] indicia a possibilidade de uma nova, ampla e, por uma vez, verdadeira síntese multidisciplinar nos estudos da ciência» (Pickering 1992a, 7). Não pretendo classificar o meu trabalho como uma pesquisa do âmbito do estudo social das ciências ou da ciência como prática; mas ele é claramente inspirado por referências de vários campos disciplinares e procura, de facto, seguir conhecimentos e práticas.

“Uma Questão Nacional”

linha, o presente trabalho aproxima-se das propostas da antropologia médica, na sua concepção da biomedicina como uma «etnomedicina» (ver Rhodes 1996); mas também das propostas teóricas e analíticas dos estudos sociais da ciência, que compreendem a ciência como «conhecimento/prática local», como uma «actividade de grupo, inevitavelmente baseada numa tradição (o trabalho de outros)», operando «não de acordo com um conjunto de princípios universais de lógica ou método, mas por julgamentos e negociações locais contingentes, que incluem não apenas questões cognitivas e práticas, mas também interesses morais, políticos e económicos» (Turnbull 1997, 555).¹⁰

A escolha da problemática da malária em Portugal coloca também este trabalho em diálogo com outros que conjugam antropologia e história. A antropologia produziu trabalhos referenciais sobre a relação entre as duas disciplinas; por exemplo, os ensaios de Bernard Cohn (1992 [1987]), onde reflecte sobre os encontros epistemológicos e metodológicos entre a história e a antropologia, realçando a importância de confrontação com o peso e influência da realidade colonial (processo histórico) nos grupos sociais «exóticos», objecto do estudo antropológico, contribuindo para a complexificação do conceito de «cultura» ao realçar a interacção das «culturas locais» «com formações mais vastas de região, estado, nação e globalização» (Dube 2007, 27). Ou o trabalho de Marshall Sahlins (1985) *Islands of History*, problematizando a relação entre «estrutura» e «história» e, mais recentemente, a colectânea organizada por Saurabh Dube (2007), reflectindo também sobre a antropologia e a história em contextos pós-coloniais.

Para lá da produção teórica e metodológica sobre as relações entre as duas disciplinas, os trabalhos empíricos que as cruzam oferecem reflexões, orientações e referências imprescindíveis para a minha pesquisa. Falo, por exemplo, dos trabalhos de Cristiana Bastos (2001; 2002; 2004; 2006; 2007; 2008; 2009) sobre medicina colonial e tropical, saberes e práticas médicos nas colónias portuguesas, durante o século XIX e o início do século XX. A partir de uma «etnografia histórica», Bastos (2007) reflecte sobre o encontro entre história e antropologia, centrando-se nos estudos de «Medicina e Império» e partindo do caso concreto da medicina imperial em Goa, no século XIX. Dialogando com outros trabalhos que cruzam as abordagens de ambas as disciplinas, no sentido de complexificar a reflexão sobre a constituição e implantação da medicina europeia nos espaços coloniais, Bastos defende o interesse de «combinar história e antropologia de forma mais sistemática», bem como de

¹⁰ Mol realça a mobilidade do conhecimento *universal* produzido pelas práticas científicas; mas também insiste na ideia de que todo o conhecimento universal é localizado, i.e., é produzido num lugar geográfico e temporal (Mol 2002, 54, 114, 182).

«estudos empíricos detalhados influenciados por ambas» (Bastos 2007, 100), realçando a importância das particularidades, dinâmicas e processos localizados do encontro entre agentes e formas de saber diversos, variando no tempo e no espaço.

O olhar reflexivo sobre a malária na metrópole portuguesa sugere que noções de poder, hierarquia, desigualdade social, desenvolvimento e civilização são tão pertinentes para reflectir sobre a malária nos «trópicos», sobre o «fazer uma doença tropical»,¹¹ como para pensar a malária na Europa ou na América do Norte; como de resto o sugerem os trabalhos de Humphreys (2001) e de Frank Snowden (2006), sobre a malária nos EUA e em Itália, respectivamente.¹² Assim, as questões levantadas pela antropologia histórica ou história antropológica, sobre contextos coloniais e pós-coloniais, são igualmente pertinentes para os universos dos «colonizadores», eles próprios hierarquizados, desiguais, obedecendo a lógicas de poder e exclusão, fragmentando-se em culturas dinâmicas implicadas em diversos contextos macro e micro-sociais.

Mas, embora a relação entre antropologia e história seja muitas vezes pensada a partir dos estudos coloniais e pós-coloniais, essa relação não se esgota nesta área, como o comprovam, entre outros, alguns trabalhos de José Manuel Sobral (1995, 1997, 2004) e de Robert Rowland (1997), referentes ao contexto português metropolitano dos séculos XIX e XX. Nestes trabalhos, o diálogo entre antropologia e história decorre da temporalidade dos próprios objectos de análise (Sobral 2004). Mas resulta também do incitamento da abordagem etnográfica à perspectiva histórica, resultando em reflexões sobre o encontro entre o passado e o presente (Sobral 1995, 1997), bem como do apelo à minúcia da etnografia, como método para resolver problemas e responder a questões particulares da história (Brandão e Rowland 1980). Os aspectos dominantes destes trabalhos são o realce da dinâmica e carácter processual de aspectos sociais, políticos, mas também de ideias e conceitos, bem como a importância de interpretações que exploram as ligações e implicações mútuas entre o local e o global.

No que respeita à relação deste trabalho com algumas questões mais abrangentes, nomeadamente na história da medicina, e outras abordagens especificamente relacionadas com a problemática da malária, começo por enunciar a dissertação de mestrado em ciências

¹¹ Título do livro de Randal Packard (2007), sobre a malária: *The Making of a Tropical Disease*.

¹² As noções de exóticos e familiar há algum tempo que deixaram de fazer sentido no contexto da antropologia produzida por investigadores de todo o mundo e dedicada, na contemporaneidade, a questões cosmopolitas, do quotidiano das urbes de todos os continentes, tanto quanto das «comunidades aldeãs» ou das populações de áreas remotas. A própria revisão da divisão espaço-temporal tradicional entre «o campo» e o contexto «doméstico», onde se regressava depois da recolha etnográfica, decorre não apenas de uma crítica epistemológica à antropologia, seus modelos e métodos (ver Riles 2006), mas também do olhar antropológico dirigido sobre a sua própria casa. Sobre a estranheza do familiar veja-se, por exemplo, Gilberto Velho (1987).

“Uma Questão Nacional”

sociais, de Vítor Faustino (2006), intitulada *Mosquitos, Arroz e Sezões: A erradicação da malária no Vale do Sado*. Embora a minha abordagem à questão da malária seja diversa da adoptada neste trabalho, é fundamental assinalar o seu pioneirismo e reunião de diversas fontes sobre a malária em Portugal, bem como a tentativa de recuperação e reconstituição da actividade e produção do IM. Além destes aspectos, Faustino procura também dar conta das múltiplas dimensões e diversos agentes envolvidos com o problema da malária em Portugal, tornando claro, ao longo da sua exposição, o carácter multifacetado da doença, repartindo-se inevitavelmente entre o laboratório e o terreno.

As narrativas do meu trabalho e do trabalho de Faustino aproximam-se em alguns pontos, até por força das fontes comumente utilizadas. Contudo, o meu posicionamento em face da problemática da malária em Portugal, assumindo-a não como um dado adquirido, mas antes procurando dar conta das múltiplas dimensões (conceitos, modelos e práticas, diversidade de actores e técnicas, escala nacional e internacional) envolvidas na sua produção, afasta-me da abordagem de Faustino, cingida aos elementos directamente relacionados com as práticas médicas e a epidemiologia da malária em Portugal, sem preocupações comparativas que ajudem a problematizá-la ou a inseri-la em debates e tendências da história da medicina e da ciência, da antropologia ou da sociologia médicas.

Outros trabalhos especificamente sobre malária, referenciais para a minha pesquisa, foram essencialmente produzidos por historiadores (entre a história da medicina e a história da doença), sem grandes aproximações às questões teóricas da história da ciência, mais influenciada pelos estudos sociais da ciência.¹³ Esses trabalhos permitem estabelecer comparações e paralelos analíticos com outros contextos locais de configuração da malária. Ao mesmo tempo, expressam a multiplicidade de perspectivas possíveis (se não inevitáveis) na produção de uma história da malária, repercutindo a multiplicidade de factores que influenciam a caracterização, incidência e distribuição da doença. Trata-se predominantemente de trabalhos referentes a contextos nacionais (Espanha, Itália, EUA, México), realçando a importância de factores socioeconómicos, políticos e ecológicos que condicionam a distribuição da doença, as estratégias adoptadas para o seu tratamento e controlo, a vulnerabilidade de determinados grupos sociais. Nestas abordagens procura-se também identificar os múltiplos actores envolvidos nas questões nacionais da malária, ao mesmo tempo que se realça a internacionalização do «problema da malária», no século XX,

¹³ Para um sumário do percurso da história da ciência e sua intercepção com os estudos sociais da ciência veja-se Dominique Pestre (1995).

bem como a tendência para a uniformização de estratégias para o seu controlo, à escala global.

Estes trabalhos (uns mais do que outros) influenciaram o modo como abordei as fontes que consegui identificar, localizar e aceder; i.e., guiaram o meu olhar sobre estes materiais. É neles que procuro quer direcções para a problematização e questionamento do meu objecto, quer a informação sobre outras malárias, em outros espaços e com outros agentes locais. Assim, pretendo interrogar, comparando, mas também conhecer os agentes e eventos distantes convocados pelos actores da malária em Portugal. Estes trabalhos permitiram-me também pensar sobre a preponderância mais ou menos explícita das questões de poder e autoridade científica como elemento significativo da análise dos factores em jogo e da relação entre os actores envolvidos.

Mas, neste trabalho, as referências não se esgotam na literatura específica sobre a malária ou na que pode oferecer pistas metodológicas e teóricas para a sua problematização. A configuração médica desta doença como um problema de higiene social e de saúde pública remete para a história da medicina e da saúde pública na viragem do século XIX para o século XX; invoca também o processo da «descoberta» da causa específica da doença e seu modo de transmissão, nesse contexto histórico. Ciência médica, parasita, mosquito, arrozais, pântanos, Laveran, Ross, os malariologistas italianos, as práticas preventivas (higiénicas), são elementos convocados para documentar a malária em Portugal e dar-lhe força como problema de saúde pública. Coisas, pessoas, lugares e tempos diversos estão ligados pela malária. Assim, outros trabalhos sobre a história da medicina e de outras doenças (como o de Ilana Löwy, referido nesta introdução), sobre a história da saúde pública, em outros contextos nacionais, bem como sobre a constituição das disciplinas científicas e das especialidades médicas ou das relações internacionais na área da saúde permitiram-me também explorar a noção da «definição biomédica da malária» como uma produção cultural e social (ver Packard e Brown 1997), não só facilitando a problematização da sua universalidade, mas também da sua homogeneidade. Dentre esses trabalhos, destaco os que se referem a contextos da América Latina, nomeadamente o trabalho de Gilberto Hochman (2006) sobre a constituição do problema da saúde pública como uma «questão nacional», no Brasil do início do século XX, e o trabalho de Anne-Emanuelle Birn (2006) sobre a influência da cooperação entre a Fundação Rockefeller (FR) e o governo do México nas políticas de saúde pública deste país, na primeira metade do século XX. Os contextos da América Latina oferecem afinidades com o caso português que facilitam a comparação, pela situação das elites médicas e da investigação na

“Uma Questão Nacional”

área das ciências médicas face aos países europeus que se destacavam na produção e divulgação nessa área, na viragem do século XIX para o século XX, bem como pela relação desses agentes com o poder político nacional, estratégias adoptadas e ideologias subjacentes. Ou seja, se epidemiológica e nosologicamente as malárias de Portugal e da América Latina eram diversas, segundo as classificações biomédicas, a sua configuração como objecto de interesse médico, político e social tinha alguns paralelismos, ainda que conhecesse processos e resultados muito diversos.

Trata-se de trabalhos que me servem de referência dado o carácter cosmopolita da medicina ocidental, dependendo a sua transformação e estabilização relativa, ao longo do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, dessa possibilidade de circulação entre espaços diversificados e incorporação das experiências de diversos actores. Por outro lado, são as minhas fontes sobre a malária em Portugal que constantemente me remetem para essas referências fora das fronteiras do «mundo português», procurando a todo o custo juntar-se-lhes e engajar a sua autoridade, numa tentativa de recusar a sua própria subalternização e invisibilidade, na escala internacional.

Metodologias I: as fontes escritas

A malária em Portugal, tal como a apresento neste trabalho, resultou de uma trajectória pessoal de investigação que me levou por vários locais, dentro e fora de Portugal, numa «itinerância» entre arquivos, bibliotecas, lares e centros de dia, ao encontro de pessoas e documentos. Mas também do quotidiano de conversas com amigos e colegas, de leituras e escrita. É deste percurso (ou parte dele) que dou conta a seguir.

Porque a malária faz parte do passado epidemiológico do país, comecei por fazer um primeiro levantamento das «fontes escritas oficiais» – as «que dependem de uma autoridade pública» – e das não oficiais – «imprensa, revistas, livros» (Saint-Georges 1995, 21) – nas bibliotecas e arquivos nacionais. As fontes escritas cobrem o período que vai de c.1860 a c.1970, abarcando relatórios, separatas, teses de medicina, artigos em revistas de medicina generalistas, raros artigos publicados em revistas de agronomia e direito, artigos da imprensa local e legislação publicada no *Diário do Governo* ou debates parlamentares recolhidos na versão on-line das sessões da Câmara dos Deputados, no período da monarquia constitucional. A partir destas fontes, pretendia seguir os caminhos da investigação, prevenção e controlo da malária, as práticas (de laboratório, terapêuticas, preventivas, de

eliminação dos mosquitos) e discursos associados a esses procedimentos, a organização das instituições que os enquadravam, bem como os trabalhos por estas produzidos; queria ainda dar conta dos projectos, motivações, recursos e estratégias associados a essas práticas e discursos, assim como perceber o ambiente político e social que os enquadrava.

Em simultâneo, desenvolvi pesquisa bibliográfica, procurando trabalhos da área da história social da medicina, da antropologia e da sociologia da ciência, de forma a tomar contacto com diversas formas de equacionar a problemática da malária, os modelos da medicina e da saúde pública, bem como procurando seguir os enredos da internacionalização destes modelos. Por outro lado, buscava também referências teóricas que fizessem sentido para o enquadramento e problematização dos elementos que as fontes impressas sobre a malária em Portugal iam revelando. Procurei através da pesquisa por assunto (malária na Europa, história da medicina, história e saúde pública, etc.) fazer um primeiro levantamento e, conforme as possibilidades de acesso aos artigos e livros (condicionando/configurando a minha metodologia e discurso sobre a malária), desencadear um processo de «bola de neve», em que as referências bibliográficas das fontes consultadas me remetiam para novas fontes (ver Saint-Georges 1995).

A composição da minha «topografia da malária» foi inicialmente confinada e pretendi centrá-la fundamentalmente em Águas de Moura, onde funcionou o IM, centro estatal de investigação da malária criado em 1934. Propunha-me fazer um estudo de caso, a partir deste instituto, para seguir, depois, as pistas de instituições e pessoas que lhe estivessem ligadas de alguma forma. Pelas publicações recentes (Cambournac 1990; Câmara Municipal de Palmela 2001) sobre a história do IM, sabia, em 2005, que o edifício ainda existia¹⁴ e que o próprio instituto subsistia reconvertido e agora chamado Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Francisco Cambournac (CEVDI), pertencente ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Esperava encontrar ainda aí os documentos habitualmente produzidos pelas instituições ligadas à investigação: relatórios das investigações e experimentações ali realizadas, notas, gráficos, correspondência, ofícios, registos de doentes, de funcionários, de cursos e alunos. Contava ainda com a existência de uma biblioteca, por pequena que fosse, onde pudesse perceber o tipo de publicações recebidas e adquiridas. Destes materiais esperava retirar indícios que me permitissem retratar a actividade desenvolvida naquele lugar emblemático de produção do conhecimento sobre a malária em Portugal.

¹⁴ Entretanto, foi substituído por novas instalações construídas no mesmo lugar e onde existirá uma sala a funcionar como museu, com o que resta dos objectos usados na produção de conhecimento sobre a malária, no Instituto de Malariologia.

“Uma Questão Nacional”

Comecei por contactar a responsável do CEVDI. Nessa altura (2005), não me foi permitido o acesso aos documentos nem ao recheio da biblioteca por se encontrarem encaixotados e por catalogar, no edifício original do IM, que ameaçava ruir e onde, por isso, não era permitida a permanência de estranhos. Perante a impossibilidade de organizar a investigação em torno de um estudo de caso, as pessoas, instituições e experiências directa ou remotamente ligadas ao IM e à sua história ganharam protagonismo e a pesquisa foi revelando um mundo compósito de coisas, lugares, pessoas, ideias e práticas.

O passo seguinte foi localizar a documentação produzida na ou enviada para a sede dos SAS, em Lisboa. Apesar das mudanças de estatuto e de afiliação ministerial, ao longo da sua existência (c.1930–1984), os SAS mantiveram-se sempre ligados à Direcção Geral de Saúde (DGS); por isso, pareceu-me evidente que a DGS era o primeiro lugar a contactar, em demanda dos documentos. Mas não os consegui encontrar, com excepção de um programa para a eliminação da malária em Portugal, de 1956 (Costa 1956).

Continuei a procurar a documentação daqueles serviços no Ministério da Saúde, que tutela a DGS, no Ministério do Interior (que tutelou a DGS), no Arquivo Nacional Torre do Tombo (onde localizei documentos avulsos sem grande relevância na documentação do Ministério do Interior e outros, poucos mas relevantes, no Arquivo Salazar) e no Ministério do Trabalho, que tutelava os SAS aquando da sua extinção, em 1984. Em nenhum destes lugares se encontra (ou talvez se encontre mas não identificada ou catalogada e por isso perdida) a massa de documentos produzidos por aqueles serviços, na sua sede e nas suas delegações.

Procurei ainda os documentos produzidos por estas delegações que existiram um pouco por todo o país, contactando (por telefone, carta, e-mail, pessoalmente) direcções regionais de saúde, centros de saúde, Misericórdias (alguns dos postos e estações anti-sezonáticos funcionaram em edifícios cedidos pelas Misericórdias), arquivos municipais, arquivos distritais. Tudo em vão. Assim, as fontes que uso ao longo do trabalho, sobre a organização e actividades dos SAS são fundamentalmente impressas e encontram-se na Biblioteca Nacional (BN). Outras fontes/bibliografia sobre a malária em Portugal, nomeadamente artigos de revistas médicas, teses de medicina, separatas, etc. encontram-se, para além da BN, nas bibliotecas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, do Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana e nas bibliotecas das faculdades de medicina.

Para o IM, além das fontes impressas pude aceder, por fim, em Maio de 2008, ao pequeno núcleo do que resta da sua produção documental, à guarda do CEVDI. Recolhi

também um volume significativo de relatórios, ofícios, correspondência e páginas de diários dando conta do funcionamento do IM e das actividades aí desenvolvidas, no Rockefeller Archive Center, em Sleepy Hollow, Nova Iorque. As publicações sobre a história do IM referem que a sua criação se deveu à colaboração da FR, cujos representantes o dirigiram, bem como à investigação nele produzida, entre 1933 e 1941. O vazio de documentação¹⁵ e a raridade de fontes impressas que dêem conta dessa cooperação não me permitiam, no entanto, ter uma ideia do seu alcance e impacto na organização, programa e ideologia subjacentes à investigação da malária em Portugal, ou nas políticas e organização dos SAS. Assim, o arquivo da FR tornava-se cada vez mais incontornável, como último recurso para conseguir informação mais ou menos detalhada sobre, pelo menos, oito anos de malariologia em Portugal. Para além de ser a fonte directa de material sobre a International Health Division (IHD), um dos agentes envolvidos na configuração internacional da malária como um problema de saúde pública.

Os documentos escritos não são apenas fonte de informação sobre eventos passados; são também elementos que participam na construção da malária como «uma questão nacional», revelando ideologias, projectos, modelos, contestações, apresentando-se por vezes como meios de consolidação dos modelos e práticas que regem a associação entre os diversos elementos dessa composição. Assim, procuro também tomar os documentos como «verdadeiros *factos de sociedade*» (Saint-Georges 1995, 17), considerando os seus «efeitos sociais», enquanto elementos da produção de significados (ver Fairclough 2003, 11, 12); por exemplo, os inquéritos malariológicos oferecem dados qualitativos e quantitativos sobre a malária, ao mesmo tempo que têm um papel demonstrativo/comprovativo na constituição da malária enquanto questão nacional, contribuindo para a fixação do conhecimento especializado e das práticas que, conjuntamente com as convicções e projectos dos seus autores, permitiram a institucionalização da malariologia e das práticas de tratamento e controlo da malária.

Esta perspectiva requer uma abordagem que reflecta simultaneamente sobre a contextualização social e sobre o conteúdo dos documentos. A história propõe uma abordagem aos documentos que contemple as condições da sua produção, compreendendo os

¹⁵ A propósito da problemática das fontes sobre a vida quotidiana, nos arquivos e bibliotecas nacionais, Machado Pais escreve: «Uma etapa necessária que deste modo surge como inevitável na reconstituição da vida quotidiana passa pelo fomento de novos estudos bibliográficos e de fontes, sistematizando aqueles que já existem de forma que seja possível superar as limitações actualmente existentes ao nível do património documental, entre nós francamente disperso» (2002, 174). A dispersão e mesmo vazio documental continuam a ser uma realidade, pelo menos para certas épocas e assuntos.

“Uma Questão Nacional”

critérios e finalidades da sua elaboração, bem como a importância da identificação social do autor (Brandão e Feijó 1984). Estes elementos proporcionam, no dizer de Brandão e Feijó, o contexto que «envolve o texto com uma matriz de significados possíveis, ao mesmo tempo que lhe sobrepõe uma matriz de poderes. Em consequência, é possível recuperar alguns dos sentidos ocultos do texto» (Brandão e Feijó 1984, 508).

Privilegiei a *análise de conteúdo*, compreendida como abordagem dos documentos enquanto «‘emanações sociais’» (Saint-Georges 1995, 43), ou seja, contextualizados, e secundarizando as *formas* linguísticas exploradas pelas metodologias referentes à análise de discursos (ver, por exemplo, Fairclough 2003). No entanto, creio que a distinção entre conteúdo e forma apenas pode ser percebida em termos analíticos. Dizer que se privilegia a forma ou que se atende à forma consiste fundamentalmente em demonstrar, por recurso aos modelos analíticos da linguística, como a forma influi no que se difunde através do discurso (oral ou escrito), colocando o foco num elemento que está, de qualquer modo, sempre implícito à interpretação de um discurso.

Metodologias II: as fontes orais

O «objecto de estudo» foi mudando à medida que avançava a pesquisa e o contacto com os elementos alcançáveis, reconhecidos e escolhidos para a composição da minha própria narrativa sobre a malária em Portugal. Da mesma maneira que a pesquisa de fontes foi condicionando e apontando novas direcções para a investigação (i.e., foi obrigando a desvios em relação ao plano inicial), a intenção da recolha de memórias sobre a malária foi também ganhando outros contornos. Propunha-me entrevistar pessoas que tiveram malária em algum momento das suas vidas, como possíveis fontes orais sobre a doença e o funcionamento dos postos, estações e dispensários que assistiam a população de infectados.

Contudo, quer os contornos flexíveis do meu «objecto» quer o próprio teor das memórias recolhidas sobre a malária deram a estas outro peso na investigação. As experiências individuais da malária ganharam importância por si, relativizando o lugar da doença nos quotidianos e dando protagonismo a outros elementos da experiência pessoal dos entrevistados; ou seja, fizeram realçar o carácter compósito da malária chamando a atenção para as circunstâncias individuais, sociais, ambientais que influem a percepção e vivência pessoais da doença.

O enfoque nas experiências pessoais da malária, segue, em certa medida, as orientações da noção de representações leigas de doença, tal como tem vindo a ser explorada na antropologia médica (ver, por exemplo, Kleinman 1978, 1985; Young 1982), numa abordagem que dá conta do carácter cultural e socialmente contextualizado do encontro clínico e das representações e práticas (médicas e leigas) em diálogo/confronto nesse encontro, bem como do seu condicionamento mútuo. As narrativas sobre as experiências pessoais da malária abriram uma janela sobre os múltiplos elementos que constituem essa memória e as representações, discursos e práticas terapêuticas em torno da malária, quase as submergindo.

Antes de prosseguir a reflexão sobre as memórias e experiências da malária, devo ainda referir-me à escolha dos locais onde as procurei. Mais uma vez essa escolha foi condicionada/guiada pela documentação, as narrativas médicas sobre a malária, mas também pelo «terreno». Procurei as memórias sobre a malária em Azambuja, Benavente, Águas de Moura, Alcácer do Sal e aldeias circundantes desta vila (Rio de Moinhos, Vale de Guizo, Santa Catarina, Montevil, Arez, Palma). Esta escolha seguiu as «sugestões» dos artigos e monografias médicas sobre a malária, que classificam os vales dos rios Tejo e Sado como regiões de maior intensidade da malária, associada à produção de arroz, actividade agrícola com peso significativo na economia destas regiões. Por outro lado, Benavente, Azambuja e Alcácer do Sal foram as localidades onde primeiro se instalaram estações e postos dedicados ao controlo da malária.

Escolhidos os lugares (geográficos) onde procurar as memórias sobre a malária e determinado, mais ou menos obviamente, que a entrevista seria o método de recolha a usar, colocava-se o problema de como chegar aos potenciais entrevistados. Não conhecia ninguém em qualquer das localidades onde me propunha fazer as entrevistas. Era óbvio que teria que procurar as memórias da malária, uma doença que deixou de ter visibilidade em Portugal há cerca de 50 anos, junto de pessoas acima dos 60 ou mesmo acima dos 70 anos. A via que escolhi para chegar aos potenciais entrevistados foi a institucional, com todas as limitações e condicionamentos que acarreta. O antropólogo no terreno é também aquilo que as suas idiossincrasias lhe permitem ser, condicionando as suas interações e reflectindo-se necessariamente nas escolhas que faz, nos caminhos que percorre, nas emoções que experimenta e nos resultados que obtém.

Em Alcácer do Sal e em Águas de Moura procurei nas juntas de freguesia indicações sobre centros de dia onde pudesse conseguir permissão para entrevistar algumas pessoas.

“Uma Questão Nacional”

Contactei pessoalmente estas instituições e fui muito bem acolhida pelos responsáveis. No próprio dia do primeiro contacto pude fazer as primeiras entrevistas com alguns dos frequentadores desses centros, sem que me pedissem quaisquer credenciais ou formalidades como solicitar autorização por escrito. A temática do «trabalho de doutoramento» – as sezões, como se chamava popularmente à malária – parecia suficientemente inofensiva para a integridade emotiva e identitária das pessoas com quem queria conversar, ajudando a saltar a etapa burocrática e institucional. Mas o carácter informal e a auto-gestão pelos associados (no caso do centro de Alcácer do Sal) dessas instituições dispensavam também as apresentações e autorizações formais.

Também em Benavente e Azambuja realizei as entrevistas em lares e centros de dia, desta vez com necessidade de apresentar credenciais e pedidos formais de autorização, por se tratar de instituições geridas pelas Misericórdias ou pela paróquia. Em Benavente foi a busca do espólio documental do posto anti-sezonático local que me levou até à Misericórdia (uma vez que o posto funcionara em instalações do hospital daquela instituição) e, posteriormente, ao lar e centro de dia. Em Azambuja, visitei o museu etnográfico local, cujo catálogo extensíssimo tem um capítulo dedicado à problemática dos arrozais e da malária naquela localidade (Pereira 2004). Foi o director do museu quem me indicou o centro de dia onde poderia encontrar a personalidade que dá nome ao museu (Sebastião Arenque), considerado como uma espécie de porta-voz da «memória social» azambujense. A partir deste contacto e desta primeira entrevista foi possível realizar outras, no centro de dia e, posteriormente, num lar.

O espaço institucional e o estatuto ou condição dos entrevistados nele influenciou o desenrolar das conversas e a postura dos entrevistados.¹⁶ Por exemplo, as conversas com as utentes dos centros de convívio de algumas aldeias do concelho de Alcácer foram muito mais soltas e informais, do que as entrevistas realizadas, mesmo individualmente, nos lares. Desde logo porque, nos centros de convívio, e como dizia uma das minhas interlocutoras, «a gente é que manobra aqui isto», querendo dizer que o centro era orientado pelas próprias frequentadoras do espaço; ao contrário, nos lares e centros de dia, a minha aproximação aos utentes era feita por intermédio de uma pessoa que representava as normas e autoridade institucionais e designava onde podíamos conversar. Para além destas diferenças, pesava também o facto de as frequentadoras dos centros de convívio morarem nas suas próprias

¹⁶ Sobre as condições sociais da entrevista, nomeadamente o local onde se desenrola, as distinções culturais, hierárquicas, de género, de raça, etc. entre entrevistador e entrevistado, bem como considerações sobre a sua influência nos dados recolhidos veja-se Ruquoy (1995).

casas, enquanto nos lares e centros de dia, alguns dos entrevistados residiam na própria instituição, com todas as implicações identitárias e de subalternização daí decorrentes.

Os utentes ou residentes do centro de dia ou do lar eram convocados para a entrevista pelos responsáveis das instituições sem grandes contemplações pela sua vontade ou disponibilidade para responder a perguntas; era uma espécie de recrutamento. Os convocados aproximavam-se obediente mas também, às vezes, reticentemente, fazendo-me sentir constrangida e culpada pelo seu ar ora infantilmente apreensivo ora desconfiado. Sorrir, saudar e apresentarmo-nos é o melhor começo para qualquer primeiro contacto entre as pessoas (e isto não é um regra metodológica); servia para aliviar ligeiramente a tensão mas não apagava a interrogação dos olhares. Passava então a explicar ao que ia («estou a fazer um trabalho sobre as sezões, para a faculdade...»)¹⁷ e pedia ajuda na minha colecta de experiências e memórias sobre «ter sezões». Regra geral, as reticências desapareciam para dar lugar a hesitação: podia repetir? Sobre o que é que queria falar? Ah, as sezões; isso tinha sido há muito tempo...

Num momento passava-se da hesitação à indiferença (desilusão?). Aquela reacção era, em si, um elementos significativo (vantagem dos métodos qualitativos: detalhes como expressões faciais, interjeições, posturas, podem ser traduzidos em elementos relevantes para a semântica da nossa narrativa), primeiro indício do que poderia esperar daquela estratégias de abordagem, mas também da relevância da malária na vida, experiência e memória pessoal e social dos meus interlocutores. Tinha elaborado um guião, seguindo a boa regra das entrevistas semi-estruturadas; não queria constranger os interlocutores com perguntas excessivamente limitadoras e direccionados. O guião era temático, focado, evidentemente, nas sezões. Incluía perguntas iniciais de apresentação dos interlocutores, que permitiam fazer uma breve caracterização biográfica, ao mesmo tempo que ajudavam a iniciar a conversa e aliviar tensões.

Depois das perguntas introdutórias (local de origem, o tempo de residência naquela localidade, estado civil, a sua situação na instituição e como ocupavam o tempo), questionava-os também sobre qual havia sido a sua actividade profissional. Os primeiros

¹⁷ Regra dos princípios éticos da abordagem biográfica é a necessidade de clarificar tão detalhadamente e em termos tão perceptíveis quanto possível para os entrevistados, o teor e objectivo do trabalho que estamos a desenvolver, bem como o uso que será dado ao seu contributo (Elliott 2005). Contudo, segundo as mesmas regras, importa não levar estas explicações a extremos, incorrendo no erro de usar expressões e complexificar o objectivo do trabalho para lá do que faz sentido para os nossos interlocutores. Assim, em vez de falar do meu trabalho como uma «pesquisa ou investigação (palavra equívoca numa época em que as investigações policiais andam nos ecrãs e nas bocas do mundo) de doutoramento em antropologia», sobre «o processo de produção social da malária», optei por simplificar para a versão do «trabalho para a faculdade, sobre as sezões».

“Uma Questão Nacional”

entrevistados eram todos ex-trabalhadores rurais, como o era a grande maioria dos meus entrevistados, em todas as localidades que mencionei atrás.

Este aspecto obriga-me a um parêntesis para falar sobre os condicionalismos que este detalhe coloca às memórias recolhidas. Digneffe defende que, na abordagem biográfica, «a maior diversificação possível das posições institucionais e sociais dos entrevistados constitui uma condição necessária para a construção da amostra» (Digneffe e Beckers (colab.) 1995, 213). Direi que esta diversidade não há-de ser um imperativo se nos propusermos estudar, por exemplo, um grupo profissional específico. Mas, no caso da minha pesquisa, o enfoque é temático e não num grupo, pelo que a diversidade poderia ter introduzido outros rumos à problematização e propostas de análise. Assim, das entrevistas sobressai fundamentalmente a «malária dos trabalhadores rurais», aquela a que me foi possível aceder a partir das minhas escolhas de aproximação ao «terreno» e das condições por este oferecidas.

O discurso dos meus interlocutores sobre as suas experiências de «ter sezões» era, em regra, desapaixonado e breve, por vezes quase desinteressado ainda que cobrisse, como esperado, a descrição de sintomas, os tratamentos usados, o recurso ao «posto das sezões», o papel do mosquito na transmissão da doença e os campos de arroz. Por contraste, as narrativas sobre a sua profissão eram mais elaboradas e entusiasmadas. Duas coisas ressaltavam das narrativas destes interlocutores: uma relativa indiferença pelo assunto da malária e a importância dada às experiências/memórias do trabalho no campo. Tornava-se claro que, na condução das entrevistas e na sua análise, a profissão não podia ser apenas uma questão introdutória para a caracterização biográfica dos entrevistados, como o nome ou a idade; havia que introduzir o trabalho como tema da entrevista, a par com as sezões, as quais surgiam intercaladas nas narrativas do quotidiano no campo.

Assim, o guião assumiu definitivamente a forma de um guião temático, próximo do modelo da história de vida. Não recolhi, efectivamente, histórias de vida segundo as regras da abordagem biográfica. Nunca pedi aos entrevistados que contassem a história da sua vida e estes foram entrevistados apenas uma vez (com duas excepções), não tendo a entrevista mais longa ultrapassado as duas horas e meia. Tratou-se, por conseguinte, de relatos curtos, tocando momentos, temas ou episódios particulares da vida dos meus interlocutores, segundo a sua escolha. Isto é, para além dos temas do trabalho e das sezões, em direcção aos quais passei a guiar as narrativas, explorando o próprio interesse dos interlocutores, todas as memórias pessoais e afectivas que me foram comunicadas (da infância, da relação com pais, avós e filhos, dos amores e desamores) partiram da iniciativa dos próprios entrevistados.

Decidi deixar o discurso fluir mais ou menos ao ritmo dos interlocutores. A abordagem biográfica, implicando a valorização das experiências subjectivas como janelas para olhar o social, propõe precisamente um carácter flexível às entrevistas, nas quais o entrevistado tem um papel fundamental no desenrolar das «conversas» (ver Digneffe e Beckers (colab.) 1995).

Libertados da restrição de falar apenas sobre «as sezões», estas quase desapareciam nos relatos autobiográficos, onde a classe e as relações sociais locais marcam clara e profundamente as narrativas, as memórias e experiências (Sobral 1995, 297) do trabalho rural. Nestas narrativas, as experiências pessoais do trabalho no campo, mnemonizadas no corpo presente em reumatismos persistentes, tomavam a forma de memórias colectivas.¹⁸

Os próprios entrevistados remetiam as suas memórias individuais sobre o trabalho no campo para o universo das experiências partilhadas por um grupo profissional (trabalhadores rurais); pretendiam, assim, conferir legitimidade e veracidade ao seu discurso, mas também a legitimação, pela forma e conteúdo, de um depoimento sobre uma época e uma realidade social. O que não invalida que cada um reconhecesse uma particularidade incomparável à dos outros, na sua vida. Ou seja, esta associação do individual e do colectivo parece corroborar a noção subjacente ao método biográfico de que «o relato de vida permanece uma história singular, é sempre uma história única, mas essa história individualiza a história social colectiva de um grupo ou de uma classe, é ao mesmo tempo o produto e a expressão dessa classe» (Digneffe e Beckers (colab.) 1995, 207). No caso dos meus interlocutores, a identidade de classe (ver Sobral 1995, 294)¹⁹ implícita, tem como elementos identificadores de pertença o trabalho, a pobreza e o sofrimento, elementos que se aglomeram em torno da malária, nos discursos dos entrevistados.

Quase todas as entrevistas foram em grupo, não por escolha metodológica da minha parte, mas por proposta dos mediadores da minha aproximação aos entrevistados, nas instituições de apoio social. Uma vez que não pretendia recolher histórias de vida mas sim depoimentos sobre as «sezões», pareceu-me que assumir a partilha de uma memória colectiva, pontuada por experiências individuais, faria sentido e podia ser conseguida através de

¹⁸ James Fentress e Chris Wickham, apesar de enfatizarem a importância da consciência individual, reconhecem que «as nossas recordações pessoais e até o processo cognitivo de recordar contém na origem muito de social» (Fentress 1992, 8); ou como diz José Manuel Sobral, «a memória – que é ao mesmo tempo *meio* e *mensagem* – é social, porque é adquirida em determinado contexto, desenvolvendo-se em interacção e através de práticas, experiências e códigos simbólicos partilhados, é estruturada pela linguagem e é parte do processo de reprodução social» (1995, 292).

¹⁹ Note-se que esta é uma classificação analítica/teórica, não pretendendo traduzir qualquer discurso classista explícito, ou tentativa deliberada de reivindicar uma pertença de classe através da «memória social discursiva» (Sobral 1995, 294), por parte dos interlocutores.

“Uma Questão Nacional”

entrevistas em grupo. No entanto, cedo percebi que seria necessário restringir o número de pessoas que integrariam os grupos de entrevistados. Duas experiências com grupos de cerca de dez pessoas demonstraram que, permitindo o curso livre dos discursos, havia pessoas que nada diziam, enquanto outras praticamente monopolizavam a conversa. Depois desta experiência os grupos passaram a ser compostos por quatro pessoas, no máximo, dando origem a conversas em que os interlocutores estimulavam as memórias uns dos outros. Neste registo, era possível manter uma intervenção discreta na condução da entrevista, pois não havia o problema da monopolização da conversa por parte de nenhum dos interlocutores.

As entrevistas individuais foram realizadas no espaço das instituições, algumas vezes na sala comum, outras num gabinete que oferecia alguma privacidade mas onde o peso da instituição marcava inevitavelmente a entrevista (quanto mais não fosse pela limitação de tempo, imposta, por exemplo, pelos horários das refeições). Outras foram realizadas nas residências dos interlocutores; estas pautaram-se por uma maior liberdade de discurso e de nivelamento na minha relação com os entrevistados. Enquanto no espaço dos lares e centros de dia muitos entrevistados me tratavam por «senhora doutora», nas suas casas tratavam-me pelo primeiro nome e por «menina». Estas conversas nem sempre foram mais informativas do que as realizadas em grupo, no que respeita ao tema central do meu trabalho. No entanto, foram mais extensas e aprofundadas nos temas que abordaram, com mais detalhes, porque o interlocutor era senhor do espaço e do tempo da entrevista.

Quanto ao número de entrevistas realizadas, não fazia sentido estabelecê-lo previamente. Segui antes o princípio da saturação (ver Digneffe e Beckers (colab.) 1995, 214; Elliott 2005); ou seja, terminei as entrevistas quando estas se tornaram redundantes, não trazendo qualquer dado novo à pesquisa ou provocação ao rumo analítico que paulatinamente se desenhava, a partir das memórias já recolhidas.

Ao usar narrativas biográficas, o meu propósito é humanizar a questão da malária em Portugal, procurando restituir-lhe a experiência pessoal (emocional e física) que as fontes impressas e o discurso médico pouco revelam; mas também mostrar como as populações participaram na construção da dimensão nacional da malária, bem como corroborar a noção de realidade compósita, defendida por Annemarie Mol (2002), ou de «pluralidade de vozes e de sensibilidades na interpretação da realidade social» (Pujadas 2000, 129) e nas práticas que lhe estão subjacentes. Joan Pujadas fala da retoma do método biográfico, nas ciências sociais, como uma «ruptura epistemológica» que resulta no enfoque naquilo que «as pessoas e os grupos fazem, pensam e dizem», propondo-se «ensaiar interpretações da realidade a partir da

subjectividade individual e grupal, mais do que através de sofisticadas e desumanizadoras regras metodológicas [...]» (Pujadas 2000, 127). Nesta linha, o método biográfico, segundo Pujadas, revaloriza o actor social. Também Digneffe (Digneffe e Beckers (colab.) 1995) aponta a abordagem biográfica como uma forma de dar protagonismo à agência, por contraponto aos determinismos estruturais. Não entrarei nas questões, mais ou menos explicitamente subjacentes a estas asserções, dos dualismos entre estrutura e acção ou entre níveis macro e micro-sociais que, como os debates da subjectividade e da objectividade, envolvem as argumentações em torno do método biográfico e do uso de entrevistas, histórias de vida, narrativas biográfica ou história oral. Ao adoptar uma perspectiva inclusiva de várias vozes e experiências (subjectividades) na minha abordagem à malária em Portugal, problematizando-a como a associação de vários elementos e várias «malárias», na sua construção, tentarei dar antes conta da sua dimensão compósita, cuja sustentação reside precisamente nessa pluralidade, combinando o individual e o institucional, o nacional e o internacional, o passado e o presente e onde cada elemento se define por relação com os outros.

Embora assumo a abordagem biográfica como uma das referências metodológicas para o meu trabalho e as minhas entrevistas tenham resultado em breves relatos biográficos, focados em episódios particulares da vida dos interlocutores e por estes destacados, não posso dizer que a minha abordagem seja rigorosamente biográfica pois, segundo a definição de Pujadas, «não está orientada [...] para a edição de *histórias de vida*». De facto, uso as histórias dos meus interlocutores como «dados que, no essencial, servem no momento de procurar ilustrações ou exemplos dentro do texto interpretativo do antropólogo» (Pujadas 2000, 135). Mas, na verdade, esse «texto interpretativo» é profundamente marcado pelas histórias que recolhi e que tiveram o «poder» de me fazer repensar e reposicionar o lugar da malária no Portugal do século XX e, conseqüentemente, pensar sobre o meu próprio trabalho, sobre as coisas e discursos que nele se integram.

A abordagem biográfica tem, certamente, as suas fragilidades (Elliott 2005). Para lá da questão da subjectividade, a mais evidente e tanto mais relevante quanto maior for a preocupação do investigador com a objectividade equiparada a cientificidade – veja-se, a propósito dos excessos objectivistas, do «culto da objectividade», o que diz José Machado Pais (2002) – há a realçar outras condicionantes das memórias relatadas, que devem ser tomadas em conta na análise e uso dos depoimentos orais. Referi-me já às próprias condições materiais em que se desenrolaram as minhas entrevistas e como essas condições influem nas

“Uma Questão Nacional”

narrativas recolhidas. Mas há outros factores, inerentes às biografias dos próprios interlocutores e ao facto de se estar numa situação de entrevista que condicionam também o que é dito e o modo como é dito ou a reflexão dos narradores sobre os eventos/experiências narrados.

Como diz José Manuel Sobral, «a memória é comandada pelo presente, o que se retém é sobretudo o que se revela pertinente na actualidade» (Sobral 1995, 299). Esta selecção do que é pertinente, mas também a «reconfiguração de eventos passados» (Elliott 2005, 126), tem ainda subjacentes os valores, as «modas», os modelos do presente, para além da auto-percepção e situação presente dos interlocutores, ilustrando a estreita ligação entre memória pessoal e social. A esta adequação do passado aos valores do presente junta-se a adequação dos discursos a quem os ouve. Elizabeth Tonkin diz que «as pessoas lembram o que precisam de lembrar» (1992, 11). Da minha experiência ficou-me a convicção que o que é «preciso lembrar» não é apenas social, cultural ou historicamente condicionado; é também circunstancialmente forjado pela relação que se estabelece entre entrevistador e entrevistado. Durante as entrevistas, percebi que «provocava» a rememoração de episódios ou emoções raramente evocados, por parecerem desadequados ao «presente» e aos «ouvintes» que fazem parte do quotidiano dos meus interlocutores.²⁰

Por conseguinte, o presente condiciona e selecciona o que se rememora e o modo como se narra a memória (Elliott 2005). Contudo, a subjectividade que estas condições circunstanciais possam introduzir nas narrativas autobiográficas não invalida a sua legitimidade e importância como fontes mas, sobretudo, como elementos significativos de uma história antropológica onde o que é dito e como é dito vale por si e não apenas pela sua «veracidade» e «objectividade». A memória é, em si, o elemento relevante (Pujadas 2000, 148). Os problemas de subjectividade não são mais legítimos para a abordagem biográfica e a história oral em geral, do que para as fontes escritas (ver Pais 2002), também elas necessitadas de distanciamento crítico e análise de conteúdo. Qualquer produção escrita tem, como terá o meu trabalho, um carácter interpretativo, por mais descritivo, factual e cronológico que pretenda ser. De resto, as categorias de «verdade», «objectividade» e «real» implicam modelos apriorísticos que excluem outras realidades e verdades, num mundo de experiências e emoções múltiplas e verdadeiras para quem as experimenta. E, no meu trabalho

²⁰ Muitos dos entrevistados sublinhavam enfaticamente a veracidade dos seus relatos, contando que parentes das gerações mais novas (sobretudo netos) pensam que as suas histórias sobre o passado são mentira; outros diziam que nunca haviam contado alguns dos episódios que me relatavam aos filhos, oscilando entre a vergonha e a convicção de que os filhos não acreditariam.

não tenho a pretensão de representar o real e a verdade em si, mas sim como experimentados por diversos actores e sujeitos à minha própria interpretação e experiências.

* *

*

A multidão de elementos que evoco para falar sobre a multiplicidade da malária aparece repetidamente ao longo dos capítulos que compõem este trabalho (produzindo a minha própria malária em Portugal). Em cada capítulo alguns desses elementos ganham protagonismo, conforme a questão a que pretendo dar maior realce. Quer isto dizer que este trabalho segue uma ordem narrativa, de acordo com aquilo que me proponho demonstrar, e não uma ordem cronológica. Embora haja alguma sucessão cronológica entre os elementos a que é dada maior relevância em cada capítulo. Mas, cada um destes tem uma lógica temporal em si.

O primeiro capítulo dá conta da apropriação, pelos médicos portugueses, da produção internacional de conhecimentos e práticas especializadas sobre a malária, na viragem do século XIX para o século XX. Veremos como se integram o *Plasmodium*, agente específico causador da malária, e o mosquito, seu transmissor, no discurso dos médicos portugueses sobre a doença, descartando as tensões, disputas e negociações entre diversos actores, envolvidas nas dinâmicas internacionais de redefinição da malária, para a discutirem segundo as suas experiências e imperativos. Pretendo mostrar, sobretudo através dos artigos médicos produzidos na altura, como essa informação é apropriada por estes agentes, segundo o universo de recursos institucionais, organizacionais, técnicos e logísticos a que pertenciam. Ao mesmo tempo, pretendo dar conta da preocupação utilitária de desenvolvimento de recursos intelectuais e práticos, especificamente adequados às condições da malária em Portugal, esboçando as primeiras tentativas para a produção de um campo especializado de conhecimento e acção sobre esta doença. Veremos que não se trata de uma importação de modelos e modos de fazer, mas da sua apropriação selectiva, de acordo com recursos intelectuais e técnicos disponíveis, mas também de acordo com as prioridades e interesses dos médicos envolvidos, bem como das preocupações sociais, políticas e económicas com as quais se relacionavam.

Esta nova linha de produção de conhecimento médico, potenciadora da expansão da sua acção a várias áreas da organização económica e social, reflecte-se também na retoma dos

“Uma Questão Nacional”

debates em torno da centralidade dos arrozais como ambientes malarígenos, questão abordada no segundo capítulo.

Os arrozais são um dos elementos fortes, onnipresentes e condicionantes da produção das múltiplas malárias, em Portugal. São transversais aos discursos médicos sobre a doença, desde o século XIX até à sua eliminação, nos anos 60 do século XX, mas são também objecto privilegiado do discurso político, bem como do conhecimento leigo (comum às narrativas sobre a malária e sobre o trabalho). No capítulo três falo das transformações dos atributos dados a estes ecossistemas desde meados do século XIX, quando se estendem mais significativamente os campos de arroz, particularmente em algumas regiões, até ao final da primeira metade do século XX. Veremos como os arrozais se articulam no discurso médico e administrativo com outros elementos (mosquitos, plantas, peixes, técnicas de regadio, engenharia agrícola) que compõem o conhecimento e as práticas referentes à malária. Neste processo, refiro-me às tensões políticas e sociais cruzando arrozais, direitos de propriedade, interesses políticos e económicos, política agrícola e saúde pública. Assim, abordo as transformações das concepções médicas sobre o papel dos arrozais na transmissão da malária e a sua relação com as políticas agrícolas. Refiro-me também ao papel da relação entre arrozais e malária nas configurações do poder Estatal relacionado com a saúde.

Pretendo mostrar, neste capítulo, como a centralidade dos arrozais na problemática da malária em Portugal é produto e produtora desta mesma problemática. Por um lado, a afirmação dos arrozais como um dos ambientes privilegiados da origem e disseminação da doença decorre da incorporação de noções de etiologia, transmissão e prevenção razoavelmente estabilizadas e circulantes no mundo médico internacional. Por outro lado, essa centralidade dos arrozais condiciona a investigação, localização (definição da distribuição geográfica da malária), desenvolvimento de técnicas de prevenção da malária (que passam pelo ensaio de técnicas agrícolas alternativas), em Portugal. Leva ainda ao reforço (ou confirmação científica) da associação desta doença a determinadas actividades e grupos populacionais. É neste sentido que sugiro o papel basilar dos arrozais na produção da malária como um problema de saúde pública.

Apresentado um dos protagonistas da malária em Portugal (os arrozais), no terceiro capítulo refiro-me à acção antimalárica, sua organização e institucionalização, com base na produção científica sobre a doença, que paulatinamente se vinha acumulando desde os primeiros anos do século XX. Refiro-me aos múltiplos actores envolvidos, às condições políticas, económicas e sociais nas quais se inscrevem as suas acções e interacções.

No centro da narrativa deste capítulo estão os SAS e o IM. Estes são aqui considerados os dois expoentes da organização do estudo e acção relacionados com a malária. Neste capítulo explora-se o processo da sua formação, tendo em mente as condições, actores e relações que se destacaram nos capítulos anteriores e relacionando-os com as transformações na saúde pública e nos serviços de saúde em Portugal, a partir da década de 20 do século XX. Neste contexto, aborda-se também a importância dos médicos – como classe mas destacando igualmente algumas figuras em particular – e como o seu percurso, convicções, ideais, relações e interesses são determinantes para a produção da malária dentro de modelos e normas cada vez mais internacionalizados e reinventados localmente.

A importância da apropriação, em Portugal, das práticas internacionais de organização, institucionalização e operacionalização, relacionadas com a malária, é analisada por referência à influência da Organização de Higiene da Sociedade das Nações (OHSDN)²¹ e da IHD da FR, bem como da Organização Mundial de Saúde (OMS). Refiro-me ao programa de erradicação da malária lançado pela OMS no final da década de 50 do século XX, relacionando-o com questões políticas e ideológicas do pós-guerra. Mais uma vez pretendo localizar o caso português nas tendências internacionais, num momento em que a malária tinha já praticamente desaparecido do território nacional europeu.

A FR, ou mais exactamente a IHD (Divisão de Saúde Internacional), é o elemento de destaque do capítulo quatro. Esta instituição teve uma intervenção directa na produção da malária em Portugal, contribuindo financeira e tecnicamente para a instalação, organização e funcionamento do IM, centro produtor do conhecimento especializado sobre a doença. Pretendo neste capítulo reforçar a ideia da importância da internacionalização e circulação de conhecimentos e práticas sobre a malária, para a configuração que esta assume em Portugal; e

²¹ «[...] constitui-se em Genebra um comité provisório de higiene. O estatuto da Organização [de higiene], preparado em Maio de 1923 pelos membros desse Comité e pelos delegados do Comité permanente do Gabinete internacional de Higiene pública, foi adoptado pela quarta Assembleia (Setembro de 1923).

A Organização de higiene compõe-se essencialmente de um Comité de higiene com aproximadamente 20 membros, reunindo-se duas vezes por ano, de um conselho consultivo constituído pelo Comité permanente do Gabinete internacional de Higiene pública e, por fim, da Secção de higiene, órgão executivo que faz parte integrante do Secretariado da Sociedade das Nações.

Os membros do Comité de higiene são sábios especializados ou administradores que dirigem, nos seus países, os serviços de higiene pública. Escolhidos por razões técnicas, pertencendo a diversas nacionalidades da Europa, da América Latina e do Extremo Oriente, não representam os seus governos. Nenhuma preocupação política perturba a liberdade das suas discussões científicas [...]

O Comité tem por primeira tarefa a preparação do programa de trabalho da Secção de higiene. Deve igualmente emitir opiniões competentes sobre as questões técnicas que o Conselho ou Assembleia da Sociedade das Nações apresentem à sua apreciação; para o estudo dos problemas que lhe são confiados, o Comité nomeia comissões técnicas ou convoca conferências de especialistas» (Société des Nations 1931, 5). Ao longo deste trabalho usarei as designações Organização de Higiene e Comité de Higiene.

“Uma Questão Nacional”

como esta dimensão internacional, na qual os modos de fazer (investigar, organizar, agir) preconizados pela FR assumem um papel importante, revelam a congregação de vários actores, projectos, objectivos e interesses não directamente relacionados com a malária, mas encontrando nesta um pretexto e uma via para a sua projecção.

O quinto capítulo destaca outros intervenientes na produção da multiplicidade de malárias em Portugal: as pessoas que tiveram malária. Parto das narrativas de experiências pessoais de «ter malária» para destacar não só a dimensão física da doença, mas também outras maneiras, socialmente partilhadas, de lhe dar resposta, onde se cruzam a «cultura científica» e outros elementos do domínio público. Assim, pretendo dar visibilidade e relevância à malária produzida fora dos circuitos de formação das práticas científicas, mas dando conta das trocas com este universo. Veremos também como é difícil isolar a malária da multidão de elementos que a povoam, na experiência dos assalariados rurais. Estes elementos evocados nas narrativas pessoais pertencem às relações sociais quotidianas, ao mundo do trabalho no campo, dos patrões e capatazes, da família e dos vizinhos, do «posto das sezões», dos médicos e visitadoras.

Ao abordar a experiência física da doença e os elementos que convoca pretendo dar visibilidade a actores por norma invisíveis nos discursos médicos sobre a malária, pelo menos enquanto produtores de sentido sobre esta doença. As malária reveladas nos discursos dos assalariados rurais são tanto mais relevantes, senão desafiantes, quanto é sobre os corpos destes homens e mulheres que, no limite, assentam as produções científicas da malária.

Nas considerações finais, para além de rever os vários momentos da produção da malária em Portugal, reflecto sobre os programas internacionais para a eliminação da malária, desenvolvidas a partir do final da década de 50 do século XX e até ao presente. Sugiro que uma reflexão histórica e antropológica sobre a malária, em contextos particulares, permite pensar essas estratégias como produto de uma cultura científica que produz a doença como um problema de saúde pública. Deste modo, sem negar o peso da malária em algumas regiões do globo, questiono o seu protagonismo na experiência quotidiana das populações medicamente identificadas como mais vulneráveis à doença. Sugiro a pertinência de as agendas internacionais para o «problema da malária» e as práticas (investigação, técnicas, estratégias de acção) que as caracterizam considerarem o modo como essas diferentes experiências e realidades condicionam a acção dos programas internacionais no terreno, legitimando a sua participação activa na constituição dessas agendas.

Capítulo 1

A malária: história, teorias e práticas em Portugal e no mundo

Começo por falar da malária tal como é descrita, debatida e definida pelos médicos portugueses, na viragem do século XIX para o século XX. Foi pelos discursos médicos que iniciei o percurso de exploração do que foi a malária em Portugal e por isso faz sentido que estes sejam a porta de entrada numa história antropológica sobre os processos de produção social desta doença. Através dos documentos que trazem até ao presente as reflexões, perplexidades e convicções dos médicos em torno da malária, bem como os percursos que levaram à regulação e institucionalização do seu estudo e controlo em Portugal, revelaram-se os actores envolvidos nesses processos. Alguns afirmando-se pela assertividade dos seus discursos e propostas de acção, outros, os indivíduos medicamente classificados como vítimas da malária ou vulneráveis a esta, tornando-se notórios pela sua invisibilidade ou pelo descaso em relação à sua participação activa nos percursos da malária, patentes nos discursos médicos. Assim, mais do que uma introdução às perplexidades com que se deparavam os médicos portugueses em face da redefinição da malária – mais do que uma visão sobre as malárias médicas –, os discursos médicos, fixados em artigos de revistas ou em actas de sessões da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (SCML), introduzem os actores que aparecerão em diversos contextos e dinâmicas, ao longo deste trabalho; são também ponto de partida para interrogações que o orientaram, no sentido da multiplicidade de associações entre os elementos que intervêm na produção social da malária em Portugal.

Neste capítulo, proponho, então, um olhar sobre a dinâmica das práticas médicas que reconfiguram a malária em Portugal, na viragem do século XIX para o século XX, como parte dos processos internacionais de transformação do «ambiente e cultura científicos» europeus, nos quais se inscreve a medicina e que redefinem esta doença.

Oferece-se um olhar abrangente e contextual sobre a malária, transformando os «heróis» em indivíduos determinados e competitivos, atentos a informações e recursos ao seu alcance, empenhados na prossecução de projectos onde se cruzavam convicções e interesses pessoais, profissionais e estatais; e transformando as «descobertas» em «factos conjunturais». Procuro ilustrar, por referência a práticas específicas, o carácter circunstancial destas definições, a sua multiplicidade em relação com condições materiais e socioculturais

“Uma Questão Nacional”

concretas e situadas, ou seja, a sua dimensão de «produto social»; ainda que pretensamente «exclusivo» dos médicos e aparentemente alheio das populações. Procuo ainda realçar a importância da circulação de pessoas, ideias, coisas, técnicas entre vários pontos do globo, para a universalização dessas práticas, e como esta dinâmica é interpretada e apropriada pelos médicos portugueses.

Abordarei os debates sobre as propostas de acção para o controlo da malária, internacionalmente ensaiadas e a recepção a estas em Portugal, traduzida nas tentativas de planeamento e regulação de acções concretas. Veremos como, nas primeiras décadas do século XX, as tentativas de implementação de estudo malariológico e de acção antimalárica em Portugal, bem como a sua constituição como objecto relevante de conhecimento e acção no campo da saúde pública, são da iniciativa da classe médica, por pressão internacional indirecta, num mundo cientificamente global; mas também consequência natural da expansão da influência da medicina na administração pública, por via das instituições e regulamentação de higiene e saúde públicas (Pereira e Pita 1993, 726; Garnel 2003). Esses esforços integram-se na história da saúde pública e dos serviços de saúde em Portugal e esbarram em dificuldades para a produção do conhecimento e organização de um serviço eficaz de controlo da doença, geradas pela conjuntura político-económica e social portuguesa.

Ciência médica em Portugal na segunda metade do século XIX

Na viragem do século XIX para o século XX, as redes científicas, articuladas com as redes políticas e económicas, estavam definitivamente estabelecidas como vias de legitimação das «descobertas» mas também de circulação/expansão de informação, dos debates, polémicas e modelos gerados dentro da comunidade científica, local e globalmente. Não sendo efeito da medicina experimental¹ do final do século XIX (as normas sanitárias internacionais existiam antes, sendo disso exemplo os congressos sanitários), esta percepção de um mundo guiado por modelos, normas e estratégias comuns, fixadas pelo desenvolvimento de conhecimentos e práticas científicas, consolida-se por recurso a acções

¹ Adopto aqui a designação escolhida por John Pickstone na sua distinção de tipos de pensamento científico. O autor identifica quatro modelos «sócio-cognitivos» gerais de «modos de produção de conhecimento médico» (1993, 436): biográfico, analítico, experimental e técnico. Estes não devem ser compreendidos em sucessão cronológica mas sim coexistindo e interagindo no tempo. A designação de «medicina experimental» parece-me mais apropriada do que «medicina científica» pois, como nota Warner (1985), toda a medicina anterior à medicina laboratorial era também científica; assentava em modelos científicos diversos, em diferentes concepções de ciência, mas para os seus praticantes era tão inequivocamente científica como a medicina do final do século XIX, definida pela experimentação e investigação laboratoriais.

direccionadas e concretas, não reduzidas a estratégias defensivas para contenção dos surtos epidémicos, mas sim como prevenção de doenças endémicas.

Apesar do seu lugar secundário nas redes políticas, económicas e científicas europeias, Portugal não era indiferente aos novos modelos médicos. A auto-representação dos médicos portugueses sobre o seu papel marginal e eminentemente receptor expressa-se em alguns discursos, abrindo espaço para a reflexão sobre essa situação e apelando à participação nacional na produção do conhecimento científico. Veja-se o que dizia Alfredo Schultz a propósito da SCML, em 1880:

A sociedade das ciencias medicas não se affirma no estrangeiro por nenhuma descoberta scientifica. Os factos trazidos para a sciencia pelo engenho e pelo estudo dos que, pelo meio, se acham collocados em circumstancias de poderem crear ou refundir, são aqui submettidos no cadinho da critica illustrada e austera á expurgação dos seus erros ou ao apuramento das suas verdades. Aqui, em Portugal discute-se, aprecia-se com são criterio e louvavel boa vontade qualquer theoria ou vista nova, com que os estranhos, mais bem dotados em recursos para destrinçar os emaranhados problemas da medicina, procuram lançar nova luz sobre factos até hoje não explicados ou de interpretação duvidosa. Crear, inventar, descortinar phenomenos ignorados, chegar pela propria observação á verdade de qualquer facto de biologia, não se faz aqui, não se póde fazer, porque não nos dotaram ainda para tanto. Segue-se, acompanha-se passo a passo, e já não é pouco, o movimento scientifico exterior; a nossa vida é, por assim dizer, o reflexo da vida dos que andam mais adiantados.

N'esta epocha de transição, não só para a medicina como para toda a sciencia, não estacionâmos, vamos arrastados pela aspiração do saber no turbilhão das idéas novas. A Europa volver-nos-há talvez olhos compadecidos, mas não poderá ludibriar-nos do alto do seu enobrecido orgulho (Schultz 1880, 107).

Se faltava investigação nacional rigorosa (segundo os padrões da medicina experimental do final do século XIX), que permitisse aos médicos portugueses equipararem-se aos seus congéneres europeus e americanos, a sua experiência e observações clínicas (decorrentes do exercício da medicina na metrópole ou nas colónias) ofereciam-lhes elementos suficientes para o debate científico nacional; por exemplo, em torno dos novos saberes e técnicas referentes ao estudo da causa e transmissão da malária, em que uns apoiavam e exaltavam as novidades sobre o *Plasmodium* e o *Anopheles* e outros se mostravam cépticos ou cautelosos.

Durante a década de 1880, o número de artigos em revistas médicas portuguesas debatendo as novas propostas sobre a etiologia da malária é restrito. O que não era de

estranhar numa época em que a investigação médica experimental era ainda incipiente, em Portugal. O ensino médico, nas últimas décadas do século XIX, estava orientado no sentido da clínica, assentando na anatomia e fisiologia e com grande enfoque na cirurgia; marcava-o a prática hospitalar, mais do que a investigação e a pesquisa laboratorial, embora esta fosse praticada. A este estado de coisas não seria estranha a falta de contacto directo dos médicos portugueses com a cultura científica médica da segunda metade do século XIX – conheciam-na sobretudo teoricamente, através da circulação de publicações (monografias e periódicos) – e a escassez de meios técnicos e financeiros que lhes permitissem desenvolvê-la.

Ferreira de Mira dá conta de um artigo reflexivo da autoria de Manuel Bento, professor da escola médica de Lisboa, publicado na *Medicina Contemporânea*, onde em jeito de desabafo, este médico relacionava a escassez de trabalhos laboratoriais significativos «referindo-se à exigência de avultadas despesas em escolas, laboratórios, instrumentos, livros, museus, etc., e à pobreza de recursos do nosso país, que ao médico, entre nós, no campo da prática só se lhe abre a dos hospitais e por isso é em geral exclusivamente clínico, tendo para formar o espírito o recurso dos escritos estrangeiros que dão conta das doutrinas e factos estranhos sem ter a par a nota dos factos nacionais» (Mira 1947, 431). Embora fossem instituições de ensino financiadas e reguladas pelo Estado (ou talvez por este motivo), os relatos sobre a história das escolas médicas de Lisboa e Porto permitem perceber as dificuldades financeiras e logísticas com que sempre se depararam e que influenciaram as suas orientações, acesso à produção médica internacional e possibilidade de a experimentar e aplicar em Portugal.

Na escola médica do Porto, por exemplo, a primeira tentativa para ensinar histologia aos alunos do curso médico dá-se em 1878, por iniciativa de António Plácido da Costa, então ainda estudante, que tentou iniciar um curso particular; no entanto, não conseguiu grande adesão ou entusiasmo. É no ano lectivo de 1883-1884 que se inaugura o ensino da fisiologia experimental, por influência de Ricardo Jorge (Lemos 1925), depois de uma viagem pela Europa, durante a qual visitara «Estrasburgo, onde teve ensejo de ver Goltz, professor de fisiologia, Hope-Seyler, o criador da química biológica, Recklinghausen e Waldeyer, apegados à banca da microscopia» (Lemos 1925, 225).

A fraca produção científica médica e a exiguidade de recursos que permitissem desenvolvê-la explicam a incipiência das especializações que estavam, no resto da Europa, intrinsecamente associadas ao desenvolvimento da medicina experimental. A produção de conhecimento médico em instituições específicas (hospitais, escolas, laboratórios,

universidades) está associada ao desenvolvimento de especialidades médicas, além das disciplinas, notório a partir de meados do século XIX. Este decorre da conjuntura socioeconómica, propensa à «especialização do trabalho, conhecimento e perícia» (Weisz 2003, 538), quer por força da procura de soluções práticas, quer pela diversificação de actividades – a «divisão do trabalho» (ver Porter 1999; Weisz 2003) – que o desenvolvimento do modelo capitalista acarretou. Estas transformações na organização económica e social da Europa ao longo do século XIX, nomeadamente o crescimento da burguesia e das classes médias, resultavam, entre outros aspectos, no aumento do número de indivíduos dedicados à actividade científica, permitindo o surgimento daquilo a que Weisz chama «*um desejo colectivo de expansão do conhecimento médico*» (Weisz 2003, 539). Este impulso expansionista beneficiaria da especialização, centrada em órgãos ou partes do corpo, patologias («especialmente aquelas normalmente excluídas dos hospitais gerais por serem contagiosas, ‘repulsivas’ – como as doenças venéreas – ou incuráveis»; Porter 1999, 387) ou populações específicas (Weisz 2003). Apesar das dificuldades, também em Portugal a especialização ganha terreno, destacando-se a histologia, a fisiologia, a bacteriologia e a higiene.²

A higiene surge como cadeira e disciplina autónoma no curriculum da escola médica de Lisboa no ano lectivo de 1899-1900, regida por Ricardo Jorge (Serrano 1900). Até aí integrara uma cadeira conjunta com a medicina legal («medicina legal e higiene pública»), estando, no entanto, presente no curriculum dos cursos médicos desde a criação das escolas de medicina e cirurgia (ver cap. 3). A criação da cadeira de «higiene pública» na escola médica de Lisboa é contemporânea da reforma do serviço de saúde e assistência, de 1901, o que indicia a projecção que a higiene e a saúde pública ganhavam na medicina da viragem do século XIX para o século XX. Os novos modelos etiológicos e as metodologias laboratoriais desenvolvidos pela bacteriologia eram elementos fundamentais de reforço das propostas higienistas (veja-se, por exemplo, Fee 1987; Weindling 2002 [1992]) e existiam laboratórios de bacteriologia em Lisboa, no Porto e em Coimbra, nos quais se ministravam algumas aulas

² Ana Leonor Pereira e João Rui Pita (1993) referem-se à higiene da segunda metade do século XIX como um «disciplina médica». De facto, ela constituiu uma disciplina dentro do curriculum dos cursos médicos; mas, como notam Pereira e Pita, participavam dela «profissionais com formações científicas diversas»: médicos, engenheiros, arquitectos, veterinários, químicos, meteorologistas (Pereira e Pita 1993, 483). Neste sentido, a higiene do final do século XIX era uma disciplina médica apenas na medida em que a ciência médica era o corpo de saber pelo qual se regia; no entanto, tratava-se de uma área de especialização médica composta por diversas disciplinas e saberes, como de resto o afirmam também Pereira e Pita quando, na introdução ao seu trabalho, citam Januário Peres Furtado Galvão, que em 1845 definia a higiene como «uma ciência enciclopédica» (Pereira e Pita 1993, 440).

práticas dos cursos de medicina. Mas é com a reforma do ensino médico da República e a criação das faculdades de medicina de Lisboa e Porto, em substituição das escolas médicas, que a bacteriologia e a parasitologia passam a integrar o curriculum dos cursos médicos,³ associadas numa cadeira específica (Direcção Geral da Instrução Secundária Superior e Especial 1911).

Maria Rita Garnel (2003) interpreta a especialização como «manifestações que dão conta do poder crescente deste grupo profissional [médicos] e que permitem compreender as suas estratégias tanto para assegurar o monopólio de um mercado, como através da segmentação e especialização profissional impedir a saturação» (Garnel 2003, 227). Garnel usa este argumento para reforçar a sua tese de afirmação social e intelectual dos médicos e do progressivo domínio da sua «visão médica da sociedade», no sentido do biopoder foucaultiano (Garnel 2003, 214, 215). Contudo, na minha interpretação, esta necessidade de criar ou preencher nichos de actividade profissional, multiplicando especialidades ou impondo a autoridade do saber especializado, pode ser interpretada, no caso português, também (não só) como resultado da influência da internacionalização e dogmatização da ciência médica e do saber especializado, bem como da exiguidade de opções disponíveis para os médicos, sobretudo confinados aos espaços urbanos e às elites burguesas e da classe média e disputando um número diminuto de lugares públicos; donde o risco de «saturação». Mais do que pensar a medicina (não só a portuguesa mas a europeia, em geral) da viragem do século XIX para o século XX como um instrumento ao serviço dos Estados, há que pensá-la como uma ciência, uma profissão e um grupo de indivíduos em busca de um lugar na reconfiguração social trazida pela industrialização (menos significativa no caso português), pela crescente mercadorização da sociedade, pela emergência de novos grupos sociais (nomeadamente a afirmação da burguesia) e pela reformulação do próprio Estado (Porter 1999). Ou seja, a medicina e a ciência médica integram, como as outras ciências e todas as dimensões sociais, o ímpeto modernizador europeu.

O processo de consolidação da saúde pública como área de especialização dominada pela «ciência médica» e pelos médicos, e como equivalente de autoridade sanitária colectiva exercida pelo Estado é fortemente condicionado pelas conjunturas socioeconómicas e políticas nacionais. Estas são determinantes do «poder dos profissionais para dominarem a regulação da saúde» (Porter 1994a, 19), mas também da variabilidade do lugar e da

³ Antes da reforma do ensino médico de 1911, na faculdade de medicina, em Coimbra, o ensino da bacteriologia estava integrado na cadeira de patologia geral e história geral da medicina que, com a reforma de 1902, passa a designar-se apenas patologia geral (Anónimo 1902, 32).

importância dados à saúde pública enquanto elemento administrativo, pelo poder político (ou seja, do lugar dado à saúde nas agendas políticas nacionais), entroncando na transformação do próprio conceito e funcionamento do Estado, tendencialmente inclusivo, regulador e centralizador, numa negociação complexa entre doméstico, privado e público.⁴

Na segunda metade do século XIX, a higiene assumia preponderância entre os médicos portugueses, como meio de insinuação da medicina junto do poder político. Ana Leonor Pereira e João Rui Pita (1993), na sua resenha histórica da afirmação da higiene em Portugal no século XIX, dão conta de diversas facetas desse processo, nomeadamente a sua conjugação das esferas pública e privada, a consolidação científica que lhe conferiu carácter paradigmático e aspirações regeneradoras (redentoras) do corpo social, bem como o reforço do seu papel disciplinador e regulador, que a tornavam aliciante para o exercício da autoridade administrativa. Esta configuração disciplinadora não deve, contudo, ser tomada literalmente como manifestação de um poder impositivo. Como notam Pereira e Pita, eram os próprios «cultores» da higiene quem lhe atribuía «valor social e político», aspirando a vê-lo «reconhecido na prática» (Pereira e Pita 1993, 479). Mas encontravam pouca cooperação da parte do poder administrativo, bem como fraca projecção social, para além das elites urbanas;⁵ o seu poder era, por conseguinte, mais uma aspiração da classe médica, não encontrando eco na agenda política da viragem do século XIX para o século XX.

Ricardo Jorge destaca-se na promoção da «doutrina» higienista e do higienismo associado à administração da saúde pública, em Portugal. Neste sentido, é também Ricardo Jorge um dos principais intervenientes na «cientificação da higiene» (Pereira e Pita 1993, 481), baseada na investigação e experimentação laboratorial, mas também na estatística demográfica. A higiene como que catapulta o desenvolvimento irreversível da investigação microbiológica e de química biológica em Portugal, já que, se é pela incorporação dos modelos científicos que a higiene ganha em legitimidade, é pela sua expressão prática, na

⁴ Sobre a centralização da administração da saúde e sua negociação veja-se a introdução de Dorothy Porter (1994b) no livro de sua edição *The History of Public Health and the Modern State* e o trabalho de Gilberto Hochman (2006), *A Era do Saneamento*. Para uma abordagem da articulação entre doméstico, privado e público na saúde pública, veja-se Pamela K. Gilbert (2002), «Producing the public: public medicine in private spaces».

⁵ Mesmo estas acusadas, por vezes, de supersticiosas: «[...] ainda reina na maioria das classes o curandeirismo, a consulta à *brucha* (*sic.*), ao *menino virtuoso*, às *chinezas*, à charopada de perigosíssimos ingredientes, o emplastro da *espinhela caída* e outras chinezices improprias do nosso tempo e da nossa civilização. § E não se julgue que esta credence, este regresso atavico ao tempo da Idade Media, se manifesta só nas classes menos cultas, no povo ignorante dos campos e das officinas. § É de todos nós conhecido que na própria capital há bruxas, videntes estrangeiras como a madame Brouillard, com gabinetes de luxo levando carissimo pelas suas consultas [...] e no entanto, pelas suas salas atapetadas não passam os fatos modestos dos trabalhadores mas sim vestidos de seda e rendas, raras e carissimas» (Fogaça 1911, 1).

higiene e saúde públicas, que os modelos da ciência médica buscavam credibilidade social e política.

À legitimação científica da higiene e das normas de saúde pública correspondeu, internacionalmente, a aspiração ao seu alargamento no espaço, não só integrando público e privado, mas também ultrapassando os limites do mundo urbano para entrar no rural. Com ritmos, projectos, interesses e relevância distintas, conforme os contextos nacionais e locais, a regulação estatal da saúde tendia a alargar-se para lá da «defesa sanitária» das fronteiras e das cidades. Estas cresciam em número de habitantes e na diversidade de grupos sociais, resultado da consolidação do modelo capitalista, que não se limitava à industrialização urbana; abarcava os campos, progressivamente e a ritmos distintos, e implicava transformações no próprio modo de produção agrícola progressivamente mecanizada e intensiva, com as consequentes transformações sociais e implicações políticas.

O prestígio e o reconhecimento de competências e saberes específicos da medicina e dos médicos consolidam-se com a progressiva viragem do enfoque na descrição dos processos patológicos, característica da fisiologia, para a relevância da compreensão das causas das doenças e transformações nos modelos médicos que as enquadravam. Paulatinamente, os médicos e a «ciência médica» vão controlando a planificação e aplicação das normas de higiene e saúde públicas, até aí administradas sobretudo por indivíduos não pertencentes à profissão médica (ver cap. 2). Essa viragem teve como ponto alto os trabalhos de Louis Pasteur e Robert Koch sobre agentes vivos, específicos e microscópicos, causadores de doenças particulares. Formava-se uma corrente epistemológica que, não sendo incontestada,⁶ ganhava suficiente peso e expressão no campo da medicina experimental para condicionar a orientação das pesquisas sobre as doenças, à escala global, incluindo a malária.

⁶ As novas perspectivas não substituíram os modelos explicativos até aí dominantes. Na verdade, «havia muitas teorias de doença, mais do que uma teoria dos germes e nenhum sentimento imediato de que uma única teoria tivesse que explicar todas as doenças infecciosas» (Worboys 1994, 65). No início da segunda metade do século XIX, a noção de «germe» aplicada à origem das doenças não implicava necessariamente a existência de agentes externos e menos ainda de bactérias. Eram reconhecidos como *germes* causadores de doenças agentes de natureza química, fermentos, células degradadas, fungos, bactérias e parasitas.

Novos paradigmas, novas malárias

Na viragem do século XIX para o século XX, a malária enquadrava-se nesta vaga transformadora da medicina (então já fortemente consolidada) – à qual aderiram os médicos portugueses – reformulada à luz das novas concepções sobre a sua causa e modo de transmissão, por sua vez traduzidas nas práticas de saúde pública ensaiadas para o seu controlo, nomeadamente em Itália e nas colónias europeias.

Em 1880, o cirurgião-militar francês Charles Alphonse Laveran, em serviço num hospital militar da Argélia, observara a presença de parasitas no sangue de doentes com malária, atribuindo-lhes a causa da doença. As observações de Laveran são a conjugação da cultura e experiência médicas em que fora treinado (particularmente o domínio de técnicas de microscopia, o contacto com estudos sobre a malária e a prática de observações hematológicas), com a viragem do enfoque da medicina para o estudo da etiologia das doenças e o reconhecimento de agentes vivos como causa específica de patologias distintas (Harrison 1978). Contudo, a sucessão de estudos que realizou, a preocupação em seguir os passos e métodos preconizados pelas tendências da «medicina científica», bem como a inserção desses trabalhos no circuito legitimador da produção médica (apresentação de artigos à apreciação dos seus pares, em instituições científicas) não resultaram no reconhecimento imediato da interpretação de Laveran sobre aquilo que vira no sangue dos doentes infectados com malária (Smith e Sanford 1985).

Laveran era um desconhecido, entre a comunidade médica francesa e internacional. Por outro lado, embora as propostas da bacteriologia para a etiologia das doenças não significassem a resolução de todas as perplexidades, nem mudanças radicais no modo de olhar, questionar e agir perante os problemas colocados à medicina, este modelo analítico e explicativo ganhava gradualmente preponderância. Assim, quando Laveran apresenta as suas conclusões sobre o protozoário causador da malária, outros trabalhos haviam já sido desenvolvidos, na esteira das novas propostas sobre microrganismos causadores de doenças específicas. Entre esses, ganhara proeminência o estudo conjunto de Theodor Edwin Klebs e Corrado Tommasi-Crudeli, que procuraram nos campos romanos – região de grande incidência da malária e autêntico laboratório natural para o seu estudo na Europa, atraindo investigadores de diversas nacionalidades – o gérmen causador da doença, tendo identificado e nomeado o *Bacillus malariae* (Smith e Sanford 1985; Worboys 1994).

O *Bacillus* de Klebs e Tommasi-Crudeli dominou os estudos da malária em Itália, onde nem mesmo uma visita de Laveran e a sua demonstração sobre o hematozoário que observara na Argélia convenceram os médicos italianos. Só no final da década de 1880, na sequência de pesquisas desenvolvidas por Ettore Marchiafava e Angelo Celli, os malariologistas italianos reconhecem um organismo vivo, semelhante às «grandes massas de protoplasma com vários núcleos, a que os zoologistas chamavam Plasmodia» como o agente causador da malária. Marchiafava e Celli, «Ansiosos por terem um nome que distinguisse a sua forma do corpo flagelado de Laveran, sugeriram chamar-lhe *Plasmodium malariae*» (Harrison 1978, 14).

Neste ambiente de forte competição científica, repercutindo as disputas entre os Estados europeus, mas também rivalidades dentro das comunidades científicas nacionais, as indefinições sobre a causa e o agente da malária, bem como os desencontros entre a proposta de Klebs e Tommasi-Crudeli, de um lado, e de Laveran, de outro, inscreviam-se ainda na distinção entre bacteriologia e parasitologia.⁷ Estas resultam da afirmação, no pensamento médico, de agentes específicos, vivos e externos, como causa de doenças. Até à década de 1870, a parasitologia helmíntica, centrada no estudo dos vermes parasitas dos humanos e outros animais e nas observações sobre o seu ciclo de vida, é a principal referência na área da parasitologia. Estas observações oferecem condições para alargar a área de pesquisa, guiando os estudos sobre os agentes etiológicos e servindo para a sua classificação como parasitas, cuja taxonomia se alargara a «três grupos de animais: vermes, protozoários e artrópodes» (Farley 1997, 38). A parasitologia virá a ganhar expressão como disciplina autónoma mais próximo do final do século e amplamente – embora não exclusivamente – ligada à medicina tropical (ver Farley 1997; Porter 1999). No dealbar do século XX a distinção entre doenças parasitárias e doenças infecciosas acentua-se, baseando-se fundamentalmente no modo de transmissão e na noção de contágio: as doenças causadas por bactérias seriam predominantemente contagiosas; as doenças parasitárias «não eram contagiosas; o seu [dos

⁷ Veja-se, a propósito, o que escrevem Jaime Benchimol e André Felipe da Silva sobre as experiências desenvolvidas por Emílio Ribas e Adolpho Lutz, em São Paulo, sobre os mosquitos transmissores da febre-amarela: «Em 1900 uma comissão médico-militar chefiada por Walter Reed confirmou, em Cuba, a hipótese formulada vinte anos antes pelo médico cubano Carlos Juan Finlay, de que a febre amarela era transmitida por culicídeos. Sem demora, a ‘teoria havanesa’, como foi chamada no Brasil, norteou as campanhas [...] de Emílio Ribas e Adolpho Lutz, em São Paulo. Estes inclusive reproduziram ali, em 1902-1903, as experiências de Reed para neutralizar as reacções de médicos alinhados com as bactérias ou fungos incriminados, nos últimos anos, como agentes da doença» (Benchimol e Silva 2008, 726). Segundo esta interpretação, parasitologia e bacteriologia disputavam o campo de investigação da febre-amarela no Brasil, ilustrando que as «descobertas» e «verdades» científicas resultam de dinâmicas complexas e transfronteiriças.

parasitas] ciclo de vida envolvia inevitavelmente a passagem por um hospedeiro intermediário ou vector, no qual tinham lugar fases obrigatórias do seu desenvolvimento» (Farley 1997, 41).

O pulular de actividade em torno da malária, inspirado pelo ambiente político e económico, condicionado pelos recursos técnicos e sua distribuição, pelo domínio de competências e acesso a informação, pelas controvérsias e paradigmas médicos em construção, colocava também em relação elementos de outras áreas para além da parasitologia e da bacteriologia. Esteban Rodríguez Ocaña e Rosa Ballester Añón assinalam que, no final do século XIX, o crescimento da «entomologia aplicada» foi estimulado pela «expansão da agricultura capitalista» e pela «mundialização das redes comerciais, metropolitano-coloniais», em face da «existência de determinadas pragas agrícolas [...] que provocaram um movimento internacional de protecção, com importante componente científico» (2003a, 29). Este desenvolvimento da entomologia constituiu também um elemento fundamental da multiplicidade de factores e capital de conhecimento mobilizados para a constituição das novas propostas sobre a causa e transmissão da malária, bem como para a sua internacionalização (Rodríguez Ocaña e Rosa Ballester Añón 2003a). De resto, e apesar do que atrás se disse sobre a importância da especialização, os médicos europeus tinham, muitas vezes, conhecimentos e experiência em outras áreas do saber como a história natural ou a zoologia, cujas práticas podiam associar às suas investigações médicas e que podiam influenciar estas. As interrogações sobre o modo de transmissão do hematozoário causador da malária – impossível de encontrar no ambiente ou de cultivar em laboratório, segundo as técnicas preconizadas pela investigação bacteriológica – associadas a informação circulante na comunidade científica médica internacional sobre o papel de alguns insectos (nomeadamente os artrópodes, tais como as carraças, e os mosquitos) na transmissão de doenças parasitárias, propiciavam a investigação do meio de passagem do *Plasmodium* ao homem, segundo essas vias. Particularmente relevante na construção de hipóteses, orientação das escolhas de técnicas e objecto de investigação sobre o modo de transmissão da malária estiveram os estudos desenvolvidos por Patrick Manson, na China, sobre a filariase (elefantíase), uma doença do sistema linfático causada por um parasita denominado *Filaria*, transmitido ao homem pela fêmea do mosquito *Culex fatigans* (que por sua vez se infecta ao picar indivíduos que têm este parasita no seu sangue).

No início da década de 90 do século XIX, Manson era o maior especialista inglês em malária e um grande entusiasta da investigação sobre o modo de transmissão do *Plasmodium* ao homem. É sob sua orientação que Ronald Ross, médico do Indian Medical Service,

desenvolve na Índia investigações para testar a hipótese dos mosquitos como vectores da malária. O fraco interesse das autoridades coloniais sobre esta pesquisa, as exigências das suas funções como médico colonial, bem como a escassez de recursos técnicos e de casos de malária que lhe permitissem levar a cabo as experiências necessárias atrasavam a produção de resultados. Entretanto, os malariologistas italianos prosseguiram com as suas investigações sobre a malária em Itália, constituindo elemento de pressão para a obtenção de resultados, por parte de Ross. Este acaba por ensaiar as suas hipóteses sobre o papel dos mosquitos na transmissão da malária recorrendo a aves, como animais de experiência, o mesmo método seguido por Giovanni Battista Grassi. Não fora por acaso que Grassi se decidira a usar aves nas suas experiências. Este médico era também zoólogo e trabalhava desde o início dos anos de 1890 com estes animais, tendo, conjuntamente com Raimondo Feletti, também ele médico e zoólogo, distinguido várias espécies de parasitas das aves, na esteira dos trabalhos de Danilewsky, investigador russo que «descrevera hematozoários nas aves, tão semelhantes aos plasmodia das pessoas na sua aparência e comportamento que ele e outros pensaram tratar-se de animais idênticos» (Harrison 1978, 82). Ante a iminência de os malariologistas italianos se adiantarem na apresentação de resultados, Ross redige um artigo sobre os seus trabalhos com aves, apresentado no Reino Unido por Manson. Oficializava assim a sua posição como o primeiro a identificar o mosquito *Anopheles* como o transmissor da malária, em confronto com Grassi que reclamava ter demonstrado, não só que parte do ciclo de vida do *Plasmodium* se desenrolava nessa espécie de mosquito, mas também (em conjunto com Amico Bignami e Giuseppe Bastinelli) que era este o responsável pela transmissão da malária ao homem.

O estudo da malária e a sua definição médica, na viragem do século XIX para o século XX, reuniam, então, «capital científico» (conhecimentos, técnicas e competências) proveniente de diversos lugares e disciplinas, conferindo-lhe um carácter compósito e multidisciplinar. Por conseguinte, a «descoberta» do mosquito como vector da malária resulta de um ambiente científico propício, da «tradição» de que fala Turnbull (1997, 555) – i.e., da acumulação de conhecimentos sancionados, resultantes de outras investigações – fornecendo-lhe caminhos, métodos, modelos e agentes de experimentação. Progressivamente, as controvérsias pareciam dar lugar à estabilização de metodologias para o estudo da malária, bem como da generalização dos elementos fundamentais para a compreensão da sua causa e transmissão: a relação entre parasita, mosquito e homem. Mas, como se verá adiante, esta estabilização é apenas aparente, permanecendo dúvidas e perplexidades, nomeadamente «quanto a ser a malária causada por uma única espécie de protozoários – hipótese defendida

por Laveran – ou diferentes espécies. Camillo Golgi sugeriu três» (Benchimol e Silva 2008, 722; veja-se também Litsios 1997, 18, 19).

Neste processo de constituição de objectos e saberes especializados, circulando entre contextos e condições diversos, ligados mas não necessariamente comunicantes, onde se posicionavam os médicos portugueses e porquê? Como respondiam às novidades da ciência médica e como recebiam os novos modelos explicativos da causa e modo de transmissão da malária? Que significados e potencialidades lhes atribuíam?

A recepção do Plasmodium em Portugal

Revistas médicas, como *A Medicina Contemporânea*, o *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, *A Medicina Moderna*, *Coimbra Médica* fazem eco das novas propostas sobre a etiologia da malária, sem, no entanto, entrarem em debates sobre os trabalhos de Laveran ou dos malariologistas italianos que se haviam lançado na investigação para aprofundar as observações do médico francês. Os debates e propostas em torno desta questão aparecem na forma de artigos de informação sobre trabalhos realizados por investigadores de referência; assim, *A Medicina Moderna* dá conta dos trabalhos de Danilewsky sobre os hematozoários das aves (Danilewsky 1886; *A Medicina Contemporânea* 1889), dos debates sobre a unidade do hematozoário (*A Medicina Contemporânea* 1892), das observações sobre o ciclo do *Plasmodium* e sua relação com os acessos febris (*A Medicina Contemporânea* 1897a, 1893), dos trabalhos referenciais de Mannaberg, sobre a impossibilidade de fazer culturas laboratoriais do agente da malária e da infecção directa entre humanos (*A Medicina Contemporânea* 1893). Para além da divulgação científica, as revistas médicas publicam artigos sobre ensaios de terapia da malária com diversas substâncias, bem como formas de preparação do quinino⁸ (*A Medicina Contemporânea* 1888, 1897b, 1895a; *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas* 1893; Vieira 1897). A questão da terapêutica ocupa maior espaço nas publicações médicas do que propriamente a questão profilática; e surge quase completamente dissociada das discussões sobre o agente específico da malária, uma vez

⁸ O quinino – hoje usado essencialmente como medicamento de último recurso em casos graves de malária, dado o aparecimento de outros antimaláricos sintéticos – é um alcalóide encontrado na casca da cinchona, planta das regiões montanhosas da América do Sul. Existem várias espécies desta planta, nem todas com a mesma qualidade de quinino. A casca da cinchona possui 4 alcalóides diferentes, sendo os mais conhecidos o quinino e a cinchonina, isolados no princípio do século XIX (1820) pelos farmacêuticos Jean Baptiste Caventou e Pierre Joseph Pelletier. A plantação em larga escala de cinchonas em Java, em meados do século XIX, contribuiu para a vulgarização do uso do quinino em toda a Europa (Litsios 1997, 14-17). Para uma história detalhada desta substância veja-se Honigsbaum (2002).

que a etiologia da doença não trazia nada de novo para o seu tratamento e prevenção, além das medidas sanitárias e terapêuticas já em voga.

Embora se falasse da existência de malária em todo o país, as revistas médicas raramente revelam, durante as décadas de 1880 e 1890, a iniciativa de testar as observações sobre o parasita de Laveran, a partir dos casos de malária verificados na metrópole portuguesa. Num número de *A Medicina Contemporânea*, de 1888, encontramos um artigo de José Joyce intitulado «Das formas larvadas do impaludismo», baseado em observações feitas no Hospital da Marinha. Neste artigo, o parasita da malária não é mencionado e esta é descrita como uma intoxicação por «miasmas palustres» conducentes a «alterações *humorales* e *visceraes*» (Joyce 1888, 17), numa linguagem próxima do modelo miasmático para a explicação da sua etiologia, com manifestações fisiológicas e humorais, semelhante à argumentação que caracterizara alguns tratados médicos sobre as febres no final do século XVIII e na primeira metade o século XIX.⁹ Note-se, contudo, que os termos em que se expressa Joyce não implicam necessariamente a rejeição de agentes vivos como causa da malária; a natureza dos miasmas – elementos reinante no discurso médico sobre a causa externa de perturbações orgânicas que resultavam nas febres intermitentes, até à segunda metade do século XIX – redefine-se, passando a compreender não gases resultantes de processos químicos, mas organismos vivos microscópicos. De qualquer forma, todas as observações clínicas descritas por Joyce consistem exclusivamente em sintomas, sem qualquer referência a tentativas de observação do parasita no sangue, ilustrando como apesar do seu progressivo domínio, a medicina experimental, baseada no laboratório, não dominava nem deslegitimava a prática e o olhar clínicos, não mediados pelo microscópio.

Alguns discursos sobre as diferentes teorias então correntes sobre a causa da malária ilustram a coexistência e combinação de explicações que vigoravam no espaço português. Aqui cruzavam-se informações de várias proveniências, num momento em que, embora o parasita de Laveran ganhasse protagonismo como agente específico da doença, não era consensual; nem os conhecimentos e procedimentos técnicos sobre o agente da malária, produzidos nas redes científicas internacionais, haviam alcançado a estabilização e universalização. Os comentários feitos pelo médico A. M. Barbosa (1883) às propostas de D. António de Almeida, sobre as possibilidades profiláticas do enxofre em relação à malária, demonstram a convivência pacífica entre teorias pretéritas e as «ideias novas» (usando a

⁹ Sobre as transformações na epistemologia médica sobre as febres veja-se, por exemplo, Foucault (2001). Note-se a questão do debate entre a essência das febres ou o seu significado como sintoma.

expressão de Schultz), fazendo em algumas linhas uma autêntica resenha dos vários modelos propostos para a explicação da etiologia das febres intermitentes. Assim, Barbosa refere que, nos «eflúvios pantanosos», não são os elementos identificados pela química, «resultantes da decomposição dos sulfatos pelas materias organicas quando a agua salgada se junta á agua doce» os responsáveis pelas febres, mas sim os «fermentos figurados, por seres vivos, pertencentes aos confins dos mundos vegetal e animal – microbios especiaes, como têm sido demonstrados para muitas doenças infectuosas pelos admiraveis trabalhos de Pasteur». Estes seres vivos, presentes nos miasmas palustres, poderiam ser arrastados pelos ventos até determinadas distâncias e altitudes. A questão a que se procurara responder de seguida, segundo Barbosa, era «qual o agente figurado que introduzido no sangue efectua o impaludismo»? (Barbosa 1883, 234). Por conseguinte, identificada a natureza biológica – e não química – dos agentes infecciosos presentes nos miasmas pantanosos, tornava-se necessário identificar aquele que era especificamente responsável pela malária.

Barbosa prossegue, enumerando acriticamente as sucessivas propostas de agentes infecciosos da malária. Refere-se à *Palmella* de Salisbury, às bactérias identificadas em doentes com malária por Balestra, Eklund (*Lymnophysalis hyalina*), Laozi e Terrigi (*Bacteridium brunneum*) e por fim ao *Bacillus malariae* de Klebs e Tommasi-Crudeli. As observações de Laveran não são referidas como uma contradição ou alternativa a estas propostas, mas sim como a confirmação da «existencia do microbio do paludismo» (Barbosa 1883, 234). A «descoberta» de Laveran apenas revelara que não era o *Bacillus malariae* o agente da malária, mas sim outro microorganismo. As regras de experimentação sobre os agentes infecciosos, estabelecidas por Koch e Pasteur, dominavam como modelo orientador dos estudos sobre a causa da malária, demorando o reconhecimento dos saberes que já circulavam na medicina ocidental sobre parasitas e a sua relação com o homem, como eixo da produção do conhecimento médico sobre a etiologia e transmissão desta doença.

Por conseguinte, durante a década de 80 do século XIX, as revistas médicas portuguesas dão algum eco às pesquisas internacionais sobre o agente específico causador da malária; mas mostram poucas iniciativas para a aplicação desses conhecimentos à avaliação do alcance da doença em Portugal, segundo os novos modelos etiológicos. Isso mesmo se discutia nas sessões da SCML, anos mais tarde, quando o problema da malária suscitava maior interesse entre alguns membros da classe médica portuguesa, em consequência da euforia internacional gerada pelos trabalhos de Ross e dos malariologistas italianos, sobre a relação entre o mosquito *Anopheles* e a malária: «A malaria em Portugal é assunto que está,

por assim dizer, por estudar. Ao contrario do que succede noutros paises, nada há apurado sobre as feições que a doença toma entre nós, nem tão pouco quaes os meios que mais convem pôr em pratica para impedir que os seus estragos continuem a ser tão intensos e extensos como até aqui» (Bombarda *et al.* 1903, 29, 30).

A abordagem da temática das febres intermitentes (malária, paludismo, impaludismo) nas dissertações dos alunos das escolas de medicina de Lisboa e Porto é também um indicador da relevância desta área de estudo para os médicos portugueses e do modo como é apropriada. O número de trabalhos sobre esta questão é mais significativo a partir do início da década de 1890, dominando, no entanto, os debates teóricos e a demonstração de sapiência. Os dissertadores fazem uma espécie de balanço da produção médica internacional sobre a especificidade etiológica e a transmissão da malária, apresentando como principal razão para a escolha do tema a intenção de seguirem as suas carreiras nas colónias, onde a malária era considerada a doença dominante (Carvalho 1899; Acabado 1900; Alvares 1909). Por conseguinte, a escolha do tema malária tinha uma componente pragmática, carreirista, mais do que um interesse científico subjacente, ou a perspectiva de pioneirismo num ramo de investigação ainda incipiente em Portugal.

No entanto, durante a década de 90 do século XIX surge também maior número de artigos tratando do problema da malária no território nacional metropolitano. Note-se que, entretanto, a bacteriologia se desenvolvera em Portugal, a partir da década de 1880. As análises bacteriológicas, propriamente ditas, iniciam-se no Gabinete de Microbiologia de Coimbra (criado em 1882) e nos laboratórios municipais de higiene de Lisboa e Porto (criados em 1881 e 1882 respectivamente) (Ferreira 1990). Inicialmente, os laboratórios municipais haviam principalmente realizado análises a águas e alimentos, desenvolvendo-se mais tarde – sobretudo a partir de 1887 – investigações bacteriológicas. Em 1892, foram criados os Institutos Bacteriológicos de Lisboa e Porto; o primeiro funcionava junto ao Hospital de S. José (Mira 1947; Ferreira 1990) servindo também a escola médica de Lisboa. O instituto do Porto foi criado por Ricardo Jorge, então empenhado nos estudos da bacteriologia aplicada à higiene e saúde públicas. De resto, os institutos bacteriológicos de Lisboa e Porto tiveram sempre muito vincada essa dimensão pragmática de relação entre as pesquisas neles realizadas e a saúde pública e higiene. O Instituto Bacteriológico de Lisboa – mais tarde (1895) Real Instituto Bacteriológico e posteriormente Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana (IBCP) – desempenhará um papel de relevo nas primeiras tentativas de estudo sistemático da malária em Portugal. Aqui, bacteriologia e parasitologia partilhavam os

espaços de investigação, nomeadamente o IBCP e também a Escola de Medicina Tropical. A esse instituto pertenciam António de Pádua, Morais Sarmiento e Carlos França (que viria a distinguir-se pelos seus trabalhos na área da protozoologia e da parasitologia), alguns dos médicos que, por intermédio da Sociedade das Ciências Médicas, primeiro se lançaram no levantamento de informações sobre a distribuição da malária e sobre os culicídeos em Portugal.

Por conseguinte, estavam melhoradas as condições técnicas para o desenvolvimento das investigações em bacteriologia e parasitologia, às quais se associava o estudo da malária. Contudo, ficava ainda por resolver o problema do financiamento destas investigações, cujas potencialidades práticas poderiam, eventualmente, ser mais convincentes e persuasoras para as administrações políticas. Enquanto as investigações médicas no Reino Unido e as investigações malariológicas em Itália eram financiadas por fundos públicos e privados, em Portugal a contribuição de particulares era inexistente ou praticamente inexistente. Por conseguinte, havia uma total dependência em relação ao interesse e participação do Estado nas coisas da ciência médica, o que tornava esta mais vulnerável às conjunturas política e financeira do país. No início do século XX, o poder político em Portugal não parecia particularmente sensibilizado para o problema da malária; ou pelo menos assim o sentiam alguns médicos. Dando notícia das investigações de Koch em Roma, do apoio e condições postas ao seu dispor pelo governo italiano, os redactores da revista *Coimbra Médica* terminavam o pequeno artigo com um desabafo em jeito de desafio: «Quando, repetimos, se preocupará o governo português com um assumpto de tanta magnitude?» (*Coimbra Médica* 1898, 484).

Apesar destas limitações, alguns médicos dedicam-se, se não sistematicamente, pelo menos esporadicamente, a investigações relacionadas com a malária em diferentes regiões do país, aproveitando os casos clínicos com que se deparavam na sua prática médica quotidiana. De entre os artigos médicos sobre a temática da malária, publicados nos anos 1890, o de Virgílio Poiares (1895), intitulado «O parasita da malaria em Coimbra», aproxima-se mais do modelo de investigação praticada no resto da Europa. As suas preocupações de partida não são clínicas; i.e., as análises que efectua não visam exclusivamente a constituição de um diagnóstico e consequente determinação de um tratamento. A partir da análise do sangue de vários doentes diagnosticados com malária, internados no hospital de Coimbra, Poiares procura dialogar com os modelos já estabelecidos para a etiologia da doença, fazendo um «estudo do parasita da malaria, na sua morphologia» (Poiares 1895, 174), bem como entrar

nos debates sobre a unidade ou multiplicidade do parasita de Laveran. Note-se, contudo, que o trabalho de Poiares, à data aluno do 5º ano de medicina, era um exercício de microbiologia e não uma investigação de fundo.

Com raras excepções, como no caso do brevíssimo trabalho de Poiares, os artigos publicados durante a década de 90 do século XIX nas revistas médicas nacionais, versando a problemática das febres intermitentes, não são representativos – nem procuram sê-lo – das especificidades e distribuição da patologia em Portugal; antes, interpretam casos clínicos particulares à luz das propostas desenvolvidas no resto da Europa sobre a etiologia e processo patológico da malária, sem arriscarem grandes extrapolações, mas procurando que sirvam de exemplos ilustrativos da necessidade de acção no campo da malária. A sintomatologia continua a ocupar um lugar de destaque na caracterização e identificação da doença, mas a confirmação do diagnóstico depende da verificação microscópica da presença de hematozoários no sangue; ou seja, a sintomatologia, os antecedentes médicos e outros factores externos subordinam-se ao que é revelado pelo microscópio, «esse poderoso auxiliar da clinica» (Gaitto 1895).

Em 1895, o hematozoário identificado por Laveran estabelecera-se internacionalmente como agente único da malária; também o debate sobre a sua unicidade ou multiplicidade se estabilizava com a demonstração da existência de diferentes espécies de parasitas e respectiva relação com a periodicidade dos acessos febris (ver Litsios 1997). No artigo de José Gaitto, intitulado «Um caso de paludismo crónico» e publicado na revista *Coimbra Médica*, nesse mesmo ano, o reconhecimento do parasita como causa única da malária combina-se com factores ambientais (presença de águas estagnadas, resíduos, limpeza deficiente), identificados como meio favorável à sua proliferação, num momento em que os conhecimentos sobre a sua transmissão eram incertos. De resto, esta perspectiva não era peculiar à medicina ou aos médicos portugueses.¹⁰ Por outro lado, a persistência de um modelo médico holista e eclético, em que a vulnerabilidade ao agente específico da malária decorre de condições ambientais e comportamentos sociais e individuais, traduz-se também na argumentação sobre as implicações fisiológicas crónicas desta doença. Para Gaitto, como para outros médicos da metrópole e das colónias, a persistência das infecções maláricas determinavam «a anemia, a falta de energia e de actividade, que tanto caracteriza (*sic.*) a

¹⁰ Esta perplexidade sobre o modo de transmissão está patente na comunicação feita por Manson, no London Medical College, quando este discorre sobre as hipóteses dessa transmissão, situando o hematozoário no meio ambiente, depois de libertado pelo mosquito (nos pântanos, na terra, na matéria em putrefacção, transportado pelo vento), reproduzindo as concepções relacionadas com os modelos etiológicos miasmático e telúrico (ver S.L. 1897).

nossa raça» (Gaitto 1895, 326). Esta questão dos traços comprometedores da robustez da raça, hereditariamente transmissíveis aos descendentes, surge nos debates de meados do século XIX em torno do impacto dos arrozais na saúde pública (ver cap. 2) e nos discursos médicos coloniais, repetindo-se como um dos argumentos para a definição da malária em Portugal como um problema de saúde pública e uma questão nacional, durante as primeiras décadas do século XX (ver cap. 3).

Ainda em 1895, Augusto Rocha compara os conhecimentos sobre malária em Itália e em Portugal, não do ponto de vista da produção científica, mas da replicação dos modelos desenvolvidos exemplarmente, a seu ver, naquele país. Indigna-se ante a inexistência de iniciativas nacionais no sentido de, tal como os italianos, produzir conhecimento sobre o estado da doença no país: regiões mais afectadas, índice de mortalidade por malária, promoção de medidas de higiene pública para o seu controlo. E, no entanto, traça um quadro negro sobre a distribuição e peso da malária na saúde nacional, referindo-se, na linha de Gaitto, ao seu efeito depauperante sobre a vitalidade da raça nacional, traduzindo não só ecos das circunstâncias políticas nacionais – a questão do ultimato inglês – mas também a influência do darwinismo social no pensamento médico europeu.¹¹

A «teoria do mosquito» e os médicos portugueses

As observações de Laveran sobre o *Plasmodium* haviam dado origem a um debate e disputa científicos prolongados, à escala internacional, com experiências rebatendo, replicando e desenvolvendo as conclusões do médico francês, fundamentais para a compreensão da diversidade dos parasitas da malária e dos respectivos processos patológicos, mas sem grande repercussão a nível da profilaxia ou tratamento da doença, ao contrário da aparente expectativa inicial. De certa maneira ilustrando as reservas de Augusto Rocha quando falava do «contraste eloquente entre a realidade momentosa do facto científico e a sua inefficacia hygienica» (Rocha 1898, 260), a identificação do agente específico da malária não permitia, por si só, compreender a epidemiologia da doença nem combatê-la eficazmente.

Já os trabalhos de Ross e Grassi sobre a relação entre mosquito e malária ofereciam a perspectiva de aperfeiçoamento das medidas sanitárias para o controlo da doença, uma vez que permitiam identificar todos os agentes nela envolvidos: não apenas o agente causador mas

¹¹ Sobre a recepção e impacto das teorias darwinianas em Portugal, e particularmente do darwinismo social, veja-se Pereira (2001). As questões da hereditariedade e da degenerescência por acção patológica atravessa o pensamento médico português em geral, durante a viragem do século XIX para o século XX.

“Uma Questão Nacional”

também o vector e, por conseguinte, os modos de transmissão. Se o hematozoário de Laveran tem uma repercussão moderada no meio médico português, onde a investigação laboratorial ensaiava os primeiros passos como lugar privilegiado de produção do conhecimento, a teoria do mosquito tem maior efeito, resultando num período particularmente rico de debate sobre a malária no território metropolitano, durante a primeira década do século XX. Os artigos versando esta doença passam a ser mais regulares nas revistas médicas atrás mencionadas, expressando as convicções, hesitações e dúvidas dos médicos portugueses, sobre a exclusividade do mosquito na transmissão da malária. Na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, discute-se a necessidade de remediar o desconhecimento sobre a distribuição desta doença no território nacional, bem como sobre as espécies de culicídeos das diferentes regiões do país. Esse vazio no conhecimento médico e na saúde pública nacionais é reconhecido pelos médicos portugueses, à luz das tendências da medicina europeia do final do século XIX. A malária ganhara um lugar de destaque quer pelo peso que lhe era atribuído na nosologia colonial e dos países do sul da Europa, especialmente em Itália, quer porque se oferecia como campo de afirmação e consolidação do saber médico e suas possibilidades na gestão dos espaços e dos indivíduos. Abria-se assim uma nova perspectiva ao sanitarismo, tanto mais que as conclusões sobre a relação entre mosquitos e malária tornavam evidente a importância dos factores ambientais – elemento privilegiado da acção sanitária – na incidência da doença. A saúde pública ganhava em argumentos e recursos práticos para a sua extensão ao mundo rural, bem como em poder persuasivo junto do poder político:

[...] atégora luctava-se contra o misterioso e intangível miasma, agora combate-se o agente essencial e conhecido; a hygiene empirica tornou-se racional; precisou os processos antigos, e engenhou methodos novos; tornou-se sistematica, effizaz e poderosa (Inspecção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 4)

Na fase das pesquisas, em que a novidade não era já o hematozoário mas sim o mosquito, as atenções centravam-se neste novo elemento que passava a ser o objecto das propostas profiláticas. Internacionalmente, os debates sobre a profilaxia oscilavam entre uma abordagem ao estilo da bacteriologia, centrada na intervenção sobre um agente específico no corpo dos indivíduos infectados, através da utilização do quinino; uma acção sobre o vector do hematozoário, implicando intervenção sobre o meio, as condições materiais de vida e o comportamento dos indivíduos; e por último, uma estratégia eclética, combinando a protecção mecânica, as medidas ambientais (drenagens, secagens, aterros, limpeza de margens e cursos

de água) e o uso intensivo de quinino, ancorada numa perspectiva epidemiológica muito sensível à dimensão social da doença, enquadrando-se no horizonte da medicina social e da saúde pública.

Nesta temática da prevenção, o uso do quinino – elemento medicamente privilegiado na resposta à malária, desde o século XVII, agora reavaliado à luz das reformulações sobre a etiologia e transmissão da malária¹² – entra também em discussão, em Portugal, com referência aos ensaios de investigadores estrangeiros, fundamentando-se na teoria do mosquito: «[...] depois de averiguado o papel do mosquito, é que se compreende melhor a utilidade dos saes de quinino administrados preventivamente. Não é unicamente um agente da prophylaxia individual, mas o seu emprego torna-se uma das providencias mais uteis da prophylaxia geral para o saneamento das povoações» (A Medicina Contemporânea 1903, 217). Os debates sobre a eficácia profilática do quinino na imprensa médica portuguesa, particularmente na revista *A Medicina Contemporânea*, revelam, por um lado, a reavaliação internacional da profilaxia química, à luz da teoria do mosquito, por outro, o carácter especulativo do debate médico em Portugal, nesta matéria. Este baseia-se em observações, convicções e na experiência de alguns médicos, mais do que em investigação informada pelos novos métodos e técnicas da malariologia (A Medicina Contemporânea 1895b; Martins 1898; Motta 1898).

Com a progressiva consolidação do papel exclusivo do mosquito como vector da malária, contrastando com as persistentes dúvidas sobre a acção profilática do quinino, as revistas médicas divulgam uma nova orientação nas tão esperadas intervenções preventivas – as técnicas de eliminação do mosquito, sobretudo na sua forma larvar. Estas orientam a programação das acções sanitárias num sentido concreto, ainda que não mais simples ou significativamente diferente das até então preconizadas pelos médicos (secagem ou drenagem de charcos e pântanos, plantação de árvores, especialmente eucaliptos, etc.). A revista médica *A Medicina Contemporânea* publica, na viragem do século XIX para o século XX, artigos

¹² Em 1900, Robert Koch foi enviado à Nova Guiné pelo governo alemão, com o intuito de estudar a malária naquela colónia. Aí ensaiou um «regime de tratamento com quinino» (Harrison 1978, 173) que resultou na fixação de regras gerais para o seu uso profilático, conhecidas com a designação de «método de Koch». Embora não implicasse a imunização profilática, ao contrário da vacina, interrompia o ciclo de transmissão da malária, acabando por assemelhar-se a esta no seu princípio da protecção colectiva. Este método faria sentido a um bacteriologista, como Koch, centrando a profilaxia nos indivíduos, por acção sobre o agente patológico. Koch propunha a profilaxia pela desinfecção rápida do sangue dos indivíduos infectados, impedindo a infecção dos mosquitos e retransmissão do parasita a outros indivíduos. Para tal, estabeleceu um regime de tratamento com indicação das doses de alcalóide a administrar e sua periodicidade. Ainda que o método apresentasse algumas dificuldades práticas, rapidamente entrou no debate médico em todo o mundo e foi aplicado, especialmente no sul da Europa (Harrison 1978).

sobre a importância do mosquito na transmissão da malária, bem como sobre os métodos então mais correntes para a eliminação destes insectos. Sendo a malária um problema de saúde pública, não bastava produzir incessantemente estudos sobre a sua etiologia, discutir à saciedade os agentes e condições epidemiológicos nela envolvidos ou descrever exaustivamente as suas manifestações patológicas; era necessário agir com base nos conhecimentos científicos que a redefiniam. Assim, muitos dos artigos sobre malária, publicados nas revistas médicas portuguesas publicitam os métodos profiláticos e de controlo da malária ensaiados por outros países.

Liderando missões da Escola de Medicina Tropical de Liverpool (1899 e 1901) na Serra Leoa, Ross procurou demonstrar a eficácia da eliminação dos mosquitos para «extirpar a malária imediatamente» (Harrison 1978, 123-129). A sua equipa procedeu à identificação da espécie transmissora em Freetown e ao mapeamento das colecções de água onde se reproduzia; o passo seguinte consistiu na drenagem, secagem, aterragem e petrolização desses pontos de água, para eliminar potenciais criadouros de mosquitos e destruir as larvas, bem como a organização de uma acção de limpeza generalizada da cidade.¹³ A malária tal como é definida na viragem do século XIX para o século XX mantém a complexidade da relação dos elementos nela envolvidos, expressando e validando a faceta mais optimistas da ideologia desenvolvimentista e progressista da modernidade: a aptidão humana para dominar a natureza através da ciência e da técnica. Esta convicção legitimava o imperativo da expansão, civilização e desenvolvimento que tanto eram válidos para os contextos coloniais como para os «domésticos».¹⁴

¹³ As campanhas preconizadas por Ross e sua equipa foram preteridas em favor de medidas segregacionistas, por representarem um esforço financeiro e logístico impossível de suportar a longo prazo. A segregação entre negros e brancos, proposta na sequência dos estudos de J. W. W. Stephens e S. R. Christophers, membros da Royal Society's Malaria Commission, baseava-se nos estudos desenvolvidos por estes também em Freetown e que revelavam que as habitações dos negros abrigavam maior número de mosquitos do que as residências dos europeus. Daqui concluíam que a cor da pele e o odor dos negros atraíam os culicídeos mais do que os dos brancos, aconselhando-se a segregação como melhor estratégia de protecção contra a malária. Note-se que quer as missões de Ross quer a de Stephens e Christophers surgiam na sequência de um programa de investimento económico para aquela região, que implicava a salubridade da cidade, de modo a permitir o estabelecimento de Europeus (Harrison 1978). O objectivo não era proteger a população local, tanto mais que se assumia a sua resistência natural à malária.

¹⁴ Esta e outras experiências profiláticas centradas no mosquito (por exemplo a de Price James e S. R. Christophers, médicos militares do Indian Medical Service, no Punjab, Índia [1901-1903], a de Malcom Watson, médico britânico, nas plantações de borracha da Malásia [1902, 1903]; a de William Gorgas, médico-militar americano, no Panamá [1908]) tornaram-se referenciais nos trabalhos de história da malária no mundo, por terem marcado a investigação e acção sobre a doença, influenciando o curso dos modelos e políticas internacionais visando o seu controlo, eliminação ou erradicação. Tornaram-se também exemplos das etapas na reconfiguração de conhecimentos sobre a malária, sobretudo no tocante à entomologia médica relacionada com a epidemiologia desta doença. Para uma descrição mais detalhada das campanhas do Punjab, da Malásia e do Panamá veja-se Harrison (1978).

As dúvidas e debates, entre a classe médica nacional, sobre a importância e exclusividade dos mosquitos na transmissão da malária, de que *A Medicina Contemporânea* fazia eco, não impediam o notório interesse pelas novas técnicas sanitárias para a prevenção das picadas do mosquito, sua destruição e subsequente controlo da malária. Fala-se assim em estratégias de protecção individual, como a localização das casas de habitação e jardins, bem como em métodos para afugentar os mosquitos das casas e uso de repelentes. A importância do uso terapêutico e profilático do quinino é também publicitada. São, contudo, as medidas ambientais que merecem maior relevo, nomeadamente a drenagem de charcos e pântanos, assim como a secagem de terrenos pela plantação de pinheiros e eucaliptos. Para a destruição das larvas, indica-se a agitação das águas nos lugares de criação dos mosquitos, o uso de azeite e petróleo na superfície dessas colecções de água, para provocar a asfixia das larvas, ou o incremento da criação de peixes larvívoros (*A Medicina Contemporânea* 1899, 1900c; Ferreira 1900). Note-se, contudo, que se trata de artigos de divulgação, sem qualquer referência a ensaios realizados no território nacional ou considerações sobre a adequação dessas técnicas às condições das regiões portuguesas onde se manifestavam os casos de malária.

Estes artigos de divulgação permitem acompanhar a percepção e recepção dos médicos portugueses aos trabalhos internacionais sobre a etiologia e epidemiologia da malária, demonstrando a centralidade que o mosquito progressivamente assume nas concepções de profilaxia, mesmo quando se aponta o uso do quinino. Faltando exemplos da realidade portuguesa, colonial ou metropolitana, para ilustrar os resultados práticos das «modernas aquisições relativas á transmissão da malaria» (*A Medicina Contemporânea* 1901c, 29), *A Medicina Contemporânea* publicava breves notícias sobre os sucessos do controlo da doença em localidades da Sardenha, Itália (*A Medicina Contemporânea* 1900a, 1901c), envolvendo a destruição de larvas e de mosquitos adultos, bem como sobre os projectos de lei para o controlo da malária, a implementar naquele país.

O pilar da estratégia oficial para o controlo da malária em Itália, com legislação aprovada e regulamentada, foi a quinização. O método escolhido foi o defendido por Angelo Celli – administração de quinino a toda a população das regiões onde a doença era endémica, apenas durante o período de transmissão, de Junho a Novembro. A esta opção não terá sido estranho o facto de Celli ser deputado republicano à câmara dos deputados, conseguindo grande influência política, associada ao seu prestígio e autoridade científicos. O Estado italiano adquiriu largas quantidades de quinino, transformando-o em comprimidos

depois distribuídos gratuitamente entre a população mais desfavorecida e todos os que realizassem trabalhos ao ar livre (Snowden 2006).

Celli rendera-se ao uso do quinino como principal instrumento de profilaxia da malária, ante a inviabilidade de mudar as condições que identificava como verdadeiramente responsáveis pelo elevadíssimo número de infecções e óbitos por malária: o modelo feudal de propriedade e exploração das terras, que sujeitava os camponeses a pobreza extrema e a péssimas condições de trabalho e habitação, tornando-os vulneráveis à doença, ao mesmo tempo que impedia reformas no aproveitamento das terras, de modo a promover a sua salubridade, fazendo assim desaparecer progressivamente os terrenos pantanosos (Harrison 1978; Snowden 2006). As medidas ambientais de saneamento do meio, por tratamento das colecções de água para eliminação das larvas ou secagem de terrenos alagadiços e pântanos revelava-se também demasiado dispendiosa, devido à grande dimensão das áreas a tratar. Assim, Celli concluiu, embora a contragosto, que apenas experimentalmente era possível eliminar os mosquitos; na prática, este procedimento seria financeiramente insustentável, em larga escala, o que não impedia que fosse aplicado em condições restritas.¹⁵

As questões de economia política produziam contradições na dinâmica da malária médica, ao longo do século XX. As mudanças nos modelos científicos de interpretação e explicação dos mecanismos da doença reformularam, complexificando-a, a intervenção dos factores ambientais e sociais na sua epidemiologia. A malária era um «facto social total». Novos elementos eram (continuam a ser) reconhecidos como relevantes para a sua composição, ainda que se multiplicassem também os modos de os combinar (múltiplas malárias), nessa composição, conferindo-lhes relevância e protagonismo diversos. O ímpeto e optimismo científico que redefiniam a malária e reclamavam a exclusividade do conhecimento e do domínio de competências para a acção de tratamento e controlo da doença, reclamavam também o poder de multiplicar as estratégias de intervenção sobre o meio, no sentido de a controlar ou eliminar. Mas, estrangidos não apenas pelas condições naturais, variáveis, dos múltiplos terrenos onde exerciam a sua acção, pela multiplicidade de respostas das populações que pretendiam «salvar» – imponderáveis por estarem estas quase sempre ausentes do pensamento científico médico enquanto agentes, sendo sobretudo consideradas como objecto de acção –, mas também, e de modo talvez mais premente, pelas imposições

¹⁵ Os médicos das missões do Instituto Oswaldo Cruz que acompanharam as empreitadas de construção das ferrovias de ligação entre o litoral brasileiro e as regiões sertanejas, nos primeiros anos do século XX, encontraram também dificuldades na adopção de métodos larvicidas e outras intervenções sobre o meio. Nessas condições, a quininização foi igualmente adoptada como o método mais eficaz (produzindo os resultados imediatos que se impunham) e económico (Stepan 2003; Benchimol e Silva 2008).

económicas ditadas pelos Estados ou pelos agentes económicos privados, os malariologistas tenderam a procurar soluções simplificadas, de pretensa aplicabilidade universal, de forma a torná-las rentáveis.

Mais do que um projecto sanitário, a campanha de quininação em Itália revelou-se um exemplo único à época (inicia-se em força cerca de 1904 mas a primeira lei sobre o quinino do Estado data de Dezembro de 1900; Harrison 1978, Snowden 2006) de cooperação entre Estado, administração local e médicos. No terreno a campanha viria a contar também com a ajuda dos professores nas áreas rurais e o envolvimento do movimento sindical camponês (Snowden 2006). O programa de controlo da malária tomou a forma de um projecto nacional, reflectindo as próprias tendências e vicissitudes da política italiana – marcada pela crescente influência dos ideais socialistas – e assumindo um pendor reformista, humanitarista e quase missionário, para os médicos que se propunham ir ao encontro das populações mais pobres e incultas, assemelhando-se assim a um projecto de medicina social. Esta aspiração ancorava na convicção da necessidade de transformação e melhoramento das condições materiais de vida e de trabalho das populações mais desfavorecidas (Snowden 2006). Se não era possível apostar no controlo da malária apenas por recurso às reformas sociais, como Celli pretendia, a campanha de quininação acabava por transformar-se num instrumento de reforma sanitária e social. Neste sentido, não só se apostou no aproveitamento agrícola das terras pantanosas, como se classificou a malária «doença profissional», responsabilizando os patrões pelo encargo da protecção mecânica e química dos seus empregados.¹⁶

Em Portugal, Bettencourt Ferreira (1900) faz o balanço crítico das muitas propostas ensaiadas, desde a profilaxia individual (protecção mecânica, evitamento do contacto com os mosquitos, escolha da localização das habitações, uso de repelentes naturais), à tentativa de eliminação dos mosquitos adultos – que o autor considera pouco viável – através de fumigações, e às medidas ambientais como «o aterro dos paúes, o esgoto das lagoas e de

¹⁶ Apesar do espírito missionário e sensibilidade social subjacentes às propostas de resgate dos camponeses ao «jugo» da malária «as autoridades italianas tiveram dificuldade em convencer indivíduos sãos a tomar um medicamento amargo para prevenir a doença» (Packard 2007, 123); estes não partilhavam exactamente as concepções dos médicos, administradores e professores sobre a malária e sobre a importância da doença no seu quotidiano, nem a lógica da sua relação com a malária passaria, provavelmente, pela noção de «prevenir». O uso prolongado do quinino levantaria ainda outros problemas, identificados nos primeiros anos do século XX, no Brasil, pelos médicos do Instituto Oswaldo Cruz Arthur Neiva e Carlos Chagas: o *Plasmodium* começava a manifestar resistência ao quinino; para além de que o uso continuado do alcalóide, especialmente em doses elevadas, podia provocar efeitos secundários como zumbidos, cegueira e surdez temporárias, gerando desconfiança e resistência entre os indivíduos a quem era imposto como curativo ou profilaxia (Benchimol e Silva 2008; ver tb. Stepan 2003).

quaesquer aguas estagnadas»; e ainda «a cultura dos eucalyptos cada vez mais extensa, com o duplo fim de enxugar os solos humidos e de embalsamar a atmospha» (Ferreira 1900, 232). Por fim, Ferreira refere-se também aos novos métodos defendidos por Ross para a destruição das larvas dos mosquitos, o que constituía então a vanguarda das medidas profiláticas, nomeadamente a petrolização das colecções de água onde se encontravam as larvas dos culicídeos.

As considerações sobre as múltiplas propostas profiláticas, algumas especialmente recomendadas para as regiões tropicais, surgem em outros artigos das revistas médicas portuguesas da viragem do século XIX para o século XX, ilustrando a circulação de ideias, conhecimentos e técnicas produzidos fora do país, acrescentando-se, não sem críticas e tensões, ao capital de saber e competências especializadas, referencial para os médicos portugueses. Mas o saber especializado sobre a malária e as novas práticas para o seu controlo surgem dissociados de propostas concretas para o desenvolvimento de estratégias profiláticas ou de controlo da malária em Portugal.

Era a focalização no mosquito como único transmissor da doença que marcava a diferença e alimentava discussões entre os médicos portugueses. Se para alguns a qualidade da água, o regime alimentar, os excessos alcoólicos, a licenciosidade, as correntes de ar transportando germes haviam sido completamente descartadas nas considerações da epidemiologia da malária (A Medicina Contemporânea 1901d), identificado o seu transmissor no mosquito *Anopheles*, outros médicos continuavam a duvidar do papel exclusivo do mosquito.

Em 1899, José Rodrigues de Carvalho apresentou na Escola Médico-Cirúrgica do Porto uma dissertação intitulada *Chorographia Palustre de Portugal*. Este trabalho foi considerado pelos médicos pioneiros do estudo da malária em Portugal, como a primeira tentativa para sistematizar com rigor informações sobre a doença no país. Fazia o habitual estado da arte das teorias médicas sobre a etiologia e epidemiologia da malária, seguindo-se uma caracterização do território nacional quanto à distribuição e características da infecção malárica. Apresentava uma descrição geográfica, geológica e climática das regiões continentais do país, relacionando-as com a incidência, distribuição e gravidade da doença em cada uma delas. Contemplava vários factores ambientais como origem das infecções maláricas, já que o autor não considerava o mosquito como o único transmissor do hematozoário. De acordo com o seu modelo etiológico complexo, não faz qualquer referência à presença ou ausência de mosquitos nas diferentes regiões que descreve.

Também Bettencourt Ferreira (1900) manifestava abertamente a sua convicção de que o mosquito não era o único transmissor do *Plasmodium*, ancorando-se na argumentação de Laveran e Manson:

É fóra de duvida que a agua de alimentação se póde infectar e tornar vehiculo dos germens que produzem as febres intermitentes. [...] De facto, Laveran affirma ter encontrado plasmodios na agua dos pantanos e não repugna acreditar que estes plasmodios sejam uma phase ou alguma fórmula do hematozoario.

[...]

Manson deu a entender que os cadaveres dos mosquitos libertam os hematozoarios infectando assim o ar, a agua e os terrenos [...], e por este facto póde-se admitir que as aguas contenham hematozoarios capazes de evolucionar e de se reproduzir no organismo humano (Ferreira 1900, 234, 235).

As dúvidas e a pluralidade de explicações sobre a transmissão da malária eram mais expressivas entre os médicos coloniais, como Ramada Curto (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901c), Adolfo Sarmiento (Sarmiento 1901a, 1901b), Manuel Ferreira Ribeiro (1904) e António Manuel Lerenó.¹⁷

Sarmiento argumentava contra a exclusividade do mosquito como transmissor e questionava mesmo que «a evolução exógena» do hematozoário só se pudesse fazer no culicídeo, partindo das observações de casos de malária em África. Referia-se, entre outros aspectos, à existência de locais com malária e sem mosquitos, bem como a situação inversa; defendia, como meio alternativo de infecção, a água de consumo ou outras causas externas «que, abalando ou activando a circulação, lança n'ella os hematozoarios incubados no baço ou nos vasos pouco frequentados (Laveran); e assim vemos o sol intenso, o abuso das relações sexuaes e o das comidas ou bebidas, assim como um traumatismo, um coryza, uma supressão de transpiração, etc., serem frequentes vezes causas determinantes averiguadas de manifestações da malaria. Evidentemente, o frio e a humidade da noite podem produzir o mesmo effeito» (Sarmiento 1901b, 32). Reconhecendo um agente específico para a malária, Sarmiento não descartava os factores externos e internos ao corpo humano que podiam condicionar o seu desenvolvimento, insistindo na necessidade de mais provas para a aceitação do mosquito como único meio de infecção do homem com o hematozoário de Laveran.

¹⁷ António Manuel da Costa Lerenó, «Provincia de Cabo-Verde. Relatorio do serviço de saude, relativo ao anno de 1904», 1 de Abril, 1905, Cabo Verde – serviços de saúde, sala12, maço 148, Arquivo Histórico Ultramarino (AHU).

“Uma Questão Nacional”

No mesmo sentido iam as observações de Ramada Curto, respeitantes à sua experiência clínica em África e que igualmente o levavam a questionar o papel exclusivo do mosquito na transmissão da malária (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901c). Curto via no ar um dos principais transmissores do paludismo e apontava como meios profiláticos não só os igualmente preconizados pelos defensores da exclusividade do mosquito na transmissão da malária, mas ainda práticas tendentes a melhorar o estado geral, de forma a reduzir os factores internos, intrínsecos a cada indivíduo, potencialmente favoráveis ao desenvolvimento do hematozoário. Assim, indicava como método profilático «um regime adequado na alimentação, no vestuário, nas horas de trabalho, etc.» (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901c, 193).

Estas posições resultaram numa disputa entre os médicos citados e um articulista anónimo de *A Medicina Contemporânea* que nos números 48 e 50, de Dezembro de 1901, escrevia sobre a protecção contra a malária, defendendo a irrefutabilidade da relação entre esta e determinadas espécies de mosquitos, considerando esta ligação causal como um «facto que não admite contestação possível» e que «deve ser a base de providencias prophylacticas» (*A Medicina Contemporânea* 1901b, 391). Para além do tom assertivo, o articulista criticava os médicos que ainda manifestavam reservas à exclusividade do mosquito na transmissão da malária, identificando-os como «medicos coloniaes» e ironizando sobre as suas argumentações.

No seu trabalho *Lições Práticas de Hygiene Colonial*, de 1904, Manuel Ferreira Ribeiro – médico colonial empenhado em defender a correlação necessária entre colonialismo e medicina e autor de vários trabalhos sobre higiene colonial e profilaxia das doenças tropicais – propõe-se demonstrar que a malária não é exclusivamente transmitida pelo *Anopheles*. Para este médico, factores cósmicos, climáticos e micróbios cruzam-se na epidemiologia das doenças e a profilaxia da malária passa tanto pela destruição dos mosquitos como pela observância de regras de higiene pessoal (física e moral) (Ribeiro 1904).

Por seu lado, António Manuel Lerenó, chefe do serviço de saúde de Cabo Verde, escrevia no seu relatório, em 1905:

Está hoje estabelecido e sabido, não só a causa das febres palustres, mas também o seu processo de transmissão. Em quanto á causa, nada tenho que dizer; em quanto ao seu meio de transmissão e propagação, há na provincia observações, que tornam bastante obscura e difficil, a sua simples explicação pela transmissão anophelica.

Na cidade da Praia, é frequente observar-se a recrudescencia de febres palustres, depois d'acalmia de brisas violentas, embora não tenha chovido, nem se observe augmento de mosquitos; sendo rarissimos os anophelis e frequentes os culex. Outras vezes, á abundancia de mosquitos, não corresponde de modo algum o augmento ou recrudescimento de febres.¹⁸

Expressando as suas dúvidas numa sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, Ramada Curto encontrara eco em Ricardo Jorge que «com respeito ao papel do mosquito na transmissão da malaria, está de accordo que elle não seja o único agente, mas do que de modo algum se pode duvidar é que elle seja capaz de a transmittir. Preciso é, porém, tambem *insistir* em que ao anopheles não está ligada a malaria – póde n'uma dada região haver anopheles sem que por isso exista a malaria» (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901c, 219). A questão do anofelismo sem malária – também sugerida por Lerenó, no contexto cabo-verdiano – viria a constituir um enigma de peso para a malariologia na Europa; a sua explicação representou um momento importante nas investigações e no rumo das estratégias profiláticas.

As perplexidades sobre a exclusividade do mosquito como agente transmissor da malária estendiam-se a toda a classe médica, reflectindo a complexidade da epidemiologia da doença, ainda não claramente definida e estabelecida, no início do século XX. Estas dúvidas, que alguns chamavam de atavismo ou anacronismo, redundando em preconceitos em relação às novas tendências da «ciências médica», não eram sequer peculiares à medicina portuguesa; para referir apenas um exemplo, em Itália, cujos malariologistas tiveram um papel fundamental na identificação do papel do *Anopheles* no ciclo da malária e onde, como se viu, a campanha de prevenção da doença assumiu – pelo menos na intenção – foros de projecto nacional, a exclusividade do mosquito na transmissão da malária apenas ganha unanimidade por altura da I guerra mundial (ver Snowden 2006). Contudo, a partir de 1902 o papel central do *Anopheles* na transmissão da malária dominava o pensamento médico ocidental.

Os médicos portugueses procuravam seguir as tendências da ciência médica internacional, lançada na expansão do conhecimento e na proliferação de áreas específicas de investigação. Contudo, a ciência médica em Portugal continuava marcada pelos modelos da clínica, pobre em investigações originais baseadas nos modelos da medicina experimental em ascensão. Ainda que em dia com os novos conhecimentos sobre malária, os seus debates em

¹⁸ António Manuel da Costa Lerenó, «Provincia de Cabo-Verde. Relatório do serviço de saúde, relativo ao anno de 1904», 1 de Abril, 1905, fl. 4, Cabo Verde – serviços de saúde, Sala12, maço 148, AHU.

“Uma Questão Nacional”

torno das novas propostas etiológicas, epidemiológicas e profiláticas eram sobretudo especulativos e teóricos.

Implicações práticas da teoria do mosquito

Os médicos portugueses reconhecem no estudo da malária o potencial de reforço do valor social da medicina. A tentativa de inclusão do estudo e controlo da malária nas questões de saúde pública é um modo de reforçar o higienismo e as suas instituições, com propostas concretas de acção, internacionalmente reconhecidas e legitimadas. Na viragem do século XIX para o século XX, o estudo desta doença integra-se na agenda higienista nacional, surgindo como uma das matérias estudadas no Instituto Central de Higiene,¹⁹ numa curiosa relação com a sanidade dos solos e a par das «molestias telluricas» (Ribeiro 1901, 3606); contudo, o seu controlo ou profilaxia não estão contemplados como um encargo do serviço de saúde. Os estudos sobre malária em Portugal resumiam-se a observações avulsas feitas por alguns médicos, a partir de amostras de sangue de doentes com malária internados nos hospitais públicos. Não existiam também estatísticas sobre o número de casos da doença. Para a higiene e a saúde pública, os dados demográficos tinham grande importância na representação do estado geral da população que estava no centro das preocupações higienistas. No início do século XX, dos dados compilados pela Direcção-Geral de Estatísticas, apenas as estatísticas da mortalidade se aproximavam especificamente das questões de saúde, apresentando grandes categorias nosológicas nas causas de morte e, mais tarde, patologias diferenciadas, entre as quais se contava a malária.²⁰ Não havia, no entanto, uma estatística de morbilidade – mais relevante para o caso de doenças endémicas, como era a malária – e mesmo os dados da mortalidade não davam conta de todos os óbitos, nem a identificação das causas de morte era rigorosa, segundo os modelos médicos.

Os novos conhecimentos sobre a transmissão da malária pelo mosquito criavam a necessidade de constituir um corpo de conhecimentos sobre as condições específicas,

¹⁹ O Instituto Central de Higiene foi criado pela reforma da saúde pública e beneficência de 26 de Dezembro de 1901 com a finalidade de «1.º Ministrar a instrução especial technica e conferir o tirocinio profissional pratico, necessario como habilitação de admissão aos logares de medicos e engenheiros do corpo de saude publica; 2.º Promover os trabalhos de hygiene pratica e a introdução dos melhoramentos de applicação sanitaria; 3.º Vulgarizar as conquistas da hygiene, e propagar a adopção dos seus processos e doutrinas [...]» (Ribeiro 1901, 3606).

²⁰ Embora o «Anuário Estatístico de Portugal» de 1900 apresente ainda as causas de morte segundo categorias nosológicas, no de 1903, capítulo «Demografia», quadro n.º 20 – Óbitos segundo as causas –, surgem já doenças específicas, podendo a malária ser considerada sob a designação de «febres intermitentes e caquexia palustre» (Instituto Nacional de Estatística 1903).

associadas à incidência e distribuição da doença, no território nacional. Assim, havia que fazer o trabalho de base para estabelecer uma espécie de carta da malária em Portugal, identificando as regiões mais afectadas, as espécies de mosquitos responsáveis pela sua transmissão, as características climáticas e geológicas consideradas relevantes no condicionamento da sua distribuição. A «geografia da malária» era visivelmente um imperativo da prática rigorosa do estudo desta doença, tanto no corpo dos infectados como no espaço físico por estes habitado.

Ricardo Jorge defendia a importância de conhecer a especificidade da malária no país, em face dos conhecimentos científicos dominantes, aventando a hipótese de que a realidade encontrada pudesse mesmo relativizar algumas das conclusões resultantes das investigações internacionais de malariologia, que haviam sido praticamente assumidas como dados adquiridos na comunidade médica ocidental. Alertava também para as dificuldades da eliminação do mosquito ou de algumas formas de protecção individual, dadas as características ecológicas das regiões e o quotidiano das populações:

O Sr. Prof. *Ricardo Jorge* diz que na ultima sessão [...] O Sr. Presidente deu a doutrina do mosquito como feita e perfeita.

Os trabalhos feitos até hoje confirmam na verdade essa doutrina, mas seria util ver se no nosso país não há neste assumpto cambiantes especiaes. O orador não julga que a doutrina esteja acabada. A theoria dos microbios levou muito tempo a consubstanciar-se no espirito dos medicos; a dos mosquitos foi feita com muito maior rapidez, mas não está ainda levada aos seus ultimos pormenores.

É muito difficil o combate contra o mosquito nos sitios onde não há pantanos; a gente do campo não pode trazer luvas e mascaras apropriadas.

O agente da malaria hospeda-se no homem e no mosquito. Tem-se dito que é o anopheles o transmissor da doença, mas não se sabe se no genero *Culex* ha algum tambem prejudicial. No norte do país entende-se geralmente que é de dia e ao sol que há o maior perigo de se apanhar a doença. Será um preconceito? Poderá o calor augmentar a receptividade para a doença? Ou haverá no país especies diversas do mosquito transmissor? (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901a, 86, 87).

Apesar dos debates e dúvidas surgidos na SCML, e particularmente das reservas de Ricardo Jorge, considerava-se que a adopção de medidas antimaláricas poderia avançar independentemente da produção de conhecimento específico sobre a doença em Portugal, embora esta continuasse a estar na agenda daquela associação médica. Na urgência de agir, em 1901, os médicos da SCML, presidida por Miguel Bombarda, defendiam a necessidade de divulgar os métodos profiláticos baseados na eliminação dos mosquitos, particularmente na

sua forma larvar (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901a). Essa divulgação deveria ser feita por meio de um folheto, a elaborar sob o patrocínio da SCML. Ricardo Jorge sublinhava a importância da difusão das instruções por «mostrarem ao publico o que pode a sciencia e espalhar entre a classe burgueza (não acredita muito na vulgarização nas classes populares) os preceitos da prophylaxia individual» (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901c, 219). A prevenção da malária era, por conseguinte, um veículo de reforço do higienismo e da saúde pública. Note-se, contudo, a reserva de Ricardo Jorge quanto à possibilidade de as classes populares aderirem às regras higiénicas. Trata-se do reconhecimento das limitações destes princípios, ainda longe da naturalização pela incorporação social e individual; mas as palavras de Ricardo Jorge sugerem também, indirectamente, a assunção da classe burguesa como pioneira na disseminação do higienismo, replicando a hierarquia social na educação higiénica e potenciando, assim, a imposição vertical das normas de higiene.

As populações afectadas pela malária não aparecem mencionadas ou consideradas nos debates médicos sobre o estudo e profilaxia da malária em Portugal, do início do século XX, senão pontualmente, em comentários como o de Ricardo Jorge. Surgem também como elementos passivos de argumentação sobre os efeitos da doença nas qualidades da população e, consequentemente, na economia do país, justificando a necessidade de a conhecer para agir. Por exemplo, na abertura do trabalho da Inspecção-Geral de Saúde sobre a malária, o mesmo Ricardo Jorge caracteriza-a como «moléstia sertaneja, que recruta o melhor das suas victimas entre os pobres jornaleiros do campo, nos ignorados proletários da terra» e que «onde se implanta e enraíza, chega a tornar-se um inimigo implacavel da saude e da vida, da raça e da riqueza». A sua persistência tornaria «o sezonado chronico» num «avariado invalido, num degenerado com estigmas physicos» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 2).

Os comentários do inspector dos serviços sanitários sugerem ainda que a população rural, ameaçada pela malária, era essencialmente considerada como vítima alheada das suas próprias condições de existência. Mas também que a relação entre médicos e classes populares era esporádica e fundada no alívio de padecimentos físicos pontuais (ou seja, na busca da cura); o que não seria de estranhar numa época em que os serviços de saúde estatais conheciam muitas limitações, não alcançando a generalidade dos indivíduos pertencentes a essas classes, especialmente as rurais. Para além destes condicionalismos, médicos e população não partilhavam as mesmas noções de saúde, doença, cura ou do papel do médico. A intenção da SCML parecia seguir a lógica hierárquica do exercício da autoridade,

destinando as instruções àquele grupo de indivíduos cujos interesses e ideologia de classe mais se aproximavam dos princípios que regiam a higiene e saúde públicas da viragem do século XIX para o século XX, ou cujos valores e capital simbólico mais inspiravam e informavam a ordem higienista (ver Dwarkasing 1991).²¹

Em 1901, foi nomeada uma comissão composta por José Evaristo de Moraes Sarmento, Augusto de Miranda, Carlos França, Mark Athias e Adolpho de Sarmento, «para estudo das propostas sobre os meios de impedir a propagação do paludismo» (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901b, 147). No relatório que apresentou à SCML, esta comissão defendia que a prevenção da malária não deveria assentar exclusivamente nas medidas anti-mosquito, manifestando, como Ricardo Jorge, dúvidas em relação a poderem ser aplicáveis «de um modo verdadeiramente proficuo os meios empregados para a extinção das larvas dos mosquitos, não só nas vastissimas regiões palustres das nossas colonias, mas mesmo em muitas da metropole, por muito extensas» (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901a, 175). Assim, a comissão recomendava a adopção de «outros meios prophylacticos, alem dos indicados pela recente descoberta da transmissão da malaria pelos mosquitos», como «o uso da agua purificada pelos filtros, ou melhor e mais facil pelo calor; meio de transmissão negado por muitos, mas por muitos acceite tambem» e o uso da «quinina; [...] prophylactico individual em muitos casos indispensavel, e para alguns hygienistas possivel meio de acabar com o impaludismo, por acabar, curando os impaludados, com a origem da infecção dos mosquitos» (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901b, 176). O relatório termina com a insistência na necessidade de nomear nova comissão, com a incumbência de organizar um folheto de divulgação das medidas profiláticas da malária, a distribuir em todas as regiões maláricas. Para tal contava-se com a colaboração das autoridades locais, não só na divulgação, mas também para permitir às classes mais pobres o acesso aos meios profiláticos preconizados. A comissão defendia também «Que se represente ao Governo de Sua Majestade sobre a necessidade do saneamento das regiões palustres, e da elaboração de leis que facilitem a prophylaxia da malaria» (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1901b, 177).

Contudo, nas páginas de *A Medicina Contemporânea*, comentava-se, entre a resignação e a censura, que «entre nós, porém, é que o caminhar das aquisições scientificas referentes á saude publica tempos levam a ser compreendidas pelos governantes» (*A Medicina Contemporânea* 1901a, 175). E na revista conimbricense *Movimento Médico*,

²¹ «[...] a cultura burguesa não é apenas económica, ideológica ou estética. É também, e sobretudo, *uma cultura de vida de tipo científico*: cultura médica, biológica, antro-po-sico-sociológica e demográfica» (Dwarkasing 1991, 430).

“Uma Questão Nacional”

Angelo Fonseca e Charles Lepierre descreviam a reacção às novas teorias sobre causa e transmissão da malária, em Portugal, como sendo marcada pela «quietação habitual em tudo o que respeita á saude publica», acusando «os poderes dirigentes» de «indolência», insuperável pelo «exemplo estrangeiro» (Fonseca e Lepierre 1903, 65). Estas constatações não impediam os médicos de acreditarem que «das modernas cruzadas empreendidas, tuberculose, alcoolismo, syphilis e malaria, é esta ultima talvez aquella em que mais fructos se poderão recolher», desde que «o governo alguma coisa [fizesse] do seu lado» (A Medicina Contemporânea 1901a, 175).

Em Dezembro de 1899 fora criada a direcção-geral de saúde e assistência pública, «dividida em duas repartições, uma das quaes se occupa dos assumptos de saude publica e a outra dos de beneficencia» (A Medicina Contemporânea 1900b, 319); a repartição da saúde designava-se inspecção-geral dos serviços sanitários e era dirigida por Ricardo Jorge, com o cargo de inspector-geral. Esta reorganização não contemplava a criação de um serviço para controlo da malária no país, mas contemplava a estrutura institucional da assistência médica pública, compreendendo os subdelegados de saúde, médicos municipais e facultativos de partido, que se tornaram elementos tão importantes quanto os seus recursos e competências técnicas e profissionais – dentro dos modelos da medicina experimental – o permitiam, na compilação de informações sobre a distribuição e incidência da malária no território nacional.

Com base nesta colaboração, António de Pádua, director interino do laboratório de microbiologia da Universidade de Coimbra, iniciara em 1900 o primeiro inquérito para a recolha de elementos sobre «a distribuição do impaludismo no continente de Portugal» (Pádua 1901, 10). Pádua dirigiu uma circular aos médicos concelhios de todo o país, da qual constava um pequeno questionário sobre a existência de malária endémica nos concelhos e respectivas freguesias, a existência de água estagnada nas localidades com malária, a existência de mosquitos, formas clínicas da doença, tipos de febres e quais as mais frequentes. Com os elementos recolhidos neste inquérito, publicados na revista *Movimento Médico* entre Maio de 1901 e Março de 1903, António de Pádua pretendia elaborar uma «carta geographica da doença» (Pádua 1901, 12); a «Carta da distribuição geographica do sezonismo no continente de Portugal» acabaria por ser publicada como suplemento dessa revista, em 1905 (A Medicina Contemporânea 1905).

Embora reconheça grande mérito ao inquérito de Pádua, enquanto primeira tentativa de sistematizar informação sobre a malária em Portugal, Ricardo Jorge aponta-lhe diversas limitações, avaliadas à luz da malariologia do início do século XX (Sociedade das Ciências

Médicas de Lisboa 1901a; Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903). Os casos da doença eram identificados apenas com base na observação clínica, sem confirmação microscópica da presença do hematozoário.²² Esta tornara-se um procedimento necessário na identificação da malária, cuja descrição dependia do reconhecimento – de *ver* – o parasita nas amostras de sangue dos supostos infectados. A medicina reclamava, assim, o exclusivo da definição e identificação da malária. E, mesmo dentro do campo da medicina, essa identificação restringia-se ao número de médicos que aprendiam a reconhecer o *Plasmodium* e tinham acesso aos recursos técnicos para proceder às observações. Para além deste condicionalismo, nem todos os casos eram detectáveis, uma vez que muitas pessoas não recorriam ao médico. No entanto, os dados recolhidos por António de Pádua continuavam a ser considerados válidos para fins comparativos sobre a malária em Portugal, aquando da realização do inquérito de 1933 (Landeiro e Cambournac s.d.).

O protagonismo do mosquito (contestado ou partilhado com outros elementos, conforme os contextos locais) na epidemiologia da malária tornava cada vez mais importante o estudo entomológico destes insectos e a sua identificação nas regiões classificadas como maláricas, como parte integrante dos procedimentos padronizados de investigação e acção na área da malariologia. Mas, nas primeiras décadas do século XX, eram raros os trabalhos de entomologia médica associada à malária, em Portugal. Alguns, publicados nas revistas médicas, referem-se a locais muito circunscritos e aproximam-se de um estilo naturalista, partindo de observações feitas nas imediações da residência do autor, como é o caso de um estudo sobre o *Anopheles bifurcatus* (Figueiredo 1904a, 1904b).

Uma das primeiras tentativas de fazer uma identificação dos culicídeos nacionais foi o trabalho conjunto de dois médicos do Real Instituto Bacteriológico, Moraes Sarmento e Carlos França (1901). Este trabalho decorre desse primeiro impulso para uma tentativa de investigação da malária, iniciado pela SCML, o Instituto Bacteriológico e a Inspeção-Geral dos Serviços Sanitários. Por estas instituições circulava um grupo restrito de médicos, que se cruzavam, debatiam e concertavam as suas ideias e programas sobre a investigação e controlo

²² A falta de confirmação microscópica dos diagnósticos de malária era regra nas primeiras décadas do século XX mas continuou a acontecer esporadicamente até ao desaparecimento dos casos endémicos no país, no final da década de 1950 (Costa 1956). Fora das grandes cidades, o exercício da medicina conhecia limitações de recursos técnicos e obedecia a práticas mais próximas dos contextos sociais a que pertenciam. O diagnóstico com base em sintomas não era totalmente descartado, ainda que merecesse críticas e desconfianças por parte das instâncias administrativas. Estas situações, em que os sintomas, particularmente as febres intermitentes, permanecem como principal elemento de diagnóstico, são também referidas nas zonas rurais do México. Aí durante a campanha de erradicação da malária, nas décadas de 50 e 60 do século XX, este era ainda um meio de identificação da malária comum entre os médicos rurais (Cueto 2007).

da malária, na SCML. Em contraste com o que sucedia, por exemplo, no Brasil, onde os médicos envolvidos no estudo da malária, nomeadamente na área da entomologia médica, estavam em contacto com os lugares de maior produção de conhecimento sobre a doença na Europa (desfrutando, eventualmente, da vantagem de acorrerem ao Brasil investigadores estrangeiros empenhados no estudo das «doenças tropicais») (Benchimol e Silva 2008), os periódicos médicos não fazem referência a quaisquer contactos ou procura de diálogo e cooperação com esses «centros da malariologia», ou mesmo com os investigadores brasileiros. O que podia, em certa medida, explicar-se pelo reconhecimento do Brasil como um lugar tão periférico quanto Portugal em matéria de produção científica; ou pela modesta divulgação, entre os médicos portugueses, dos trabalhos desenvolvidos no Brasil, em torno da malária, nas duas primeiras décadas do século XX, em regra pontuais e associados a grandes empreendimentos (Benchimol e Silva 2008, 755); ou ainda por se considerar que a malária naquele país se enquadrava na categoria de «doença tropical», distinta da malária europeia.

Sarmiento e França definem o seu trabalho como «uma contribuição para o estudo dos culicídeos indígenas» e «mais uma confirmação, desnecessária embora, da bem demonstrada intervenção do mosquito na transmissão da malária» (Sarmiento e França 1901, 3). Trata-se de uma lista das espécies de mosquitos existentes em Lisboa e nas regiões onde se registavam mais casos de malária. Concluem confirmando a correlação entre a incidência da malária e presença de mosquitos das espécies *Anopheles*.

Entretanto, a revista *Movimento Médico* vai também publicando breves artigos sobre os mosquitos nos campos de Coimbra. Entre estes, um pequeno artigo de Lopes Vieira, intitulado «Os ‘Anopheles’ em Portugal», publicado naquela revista em 1903, oferece um exemplo do problema da exclusividade do mosquito na transmissão da malária, com base na relação entre densidade da população de *Anopheles* e incidência da doença. Lopes Vieira contactou um correspondente do Museu de Zoologia residente em Estarreja, que lhe enviou exemplares de mosquitos recolhidos naquela região. Procurou depois «entre os naturalistas estrangeiros, quem se prestasse a determinar os *Dipteros* de Portugal, em collecção no Museu Zoologico da Universidade de Coimbra, e ao mesmo tempo os mosquitos suspeitos»; nesta demanda, contactou Emilio Corti, «assistente do Museu de Zoologia da Universidade de Pavia, em Italia, o qual, do melhor grado, acceitou aquella tarefa» (Vieira 1903, 292). Corti identificou apenas um *Anopheles maculipennis* fêmea (mais tarde classificado como o único vector da malária em Portugal) entre os mosquitos provenientes de Estarreja e nenhum entre o grupo de mosquitos que haviam sido recolhidos em várias localidades nas proximidades de

Coimbra. Das observações de Corti, Vieira infere a não correspondência entre presença ou densidade de *Anopheles* e a incidência da malária. Assim, conclui que «os resultados negativos das explorações já feitas fazem desconfiar de que o *Anopheles* não seja em nosso paiz a causa única da infecção palustre» (Vieira 1903, 293).

O «Relatorio da Comissão para o estudo da malária», da SCML, publicado em 1902 (Sarmiento, Athias e França 1902) apresentava também algumas reservas quanto à exclusividade do mosquito na transmissão da malária. No entanto, considera-o o principal agente, afirmando por isso que «a prophylaxia racional do paludismo está, pois, na guerra ao mosquito» (Sarmiento, Athias, e França 1902, 166). Assim, a partir da afirmação que em todas as regiões sazonáticas do país existe o *Anopheles claviger* [*maculipennis*], a comissão apresenta «um plano de campanha offensivo e defensivo contra tão impertinente ser» (Sarmiento, Athias e França 1902, 169). As indicações profiláticas apresentadas acabam por se revelar muito ecléticas, manifestando mais uma demonstração de conhecimento sobre as medidas ensaiadas e postas em prática pelos ingleses (nas colónias britânicas) e pelos italianos, do que o conhecimento da epidemiologia da malária em Portugal e adequação dessas estratégias ao caso português. Assim, o relatório da comissão é um prenúncio das instruções para a profilaxia da malária, publicadas no ano seguinte, combinando medidas ambientais, mecânicas e o tratamento dos indivíduos doentes com quinino, bem como o uso preventivo do alcalóide (Sarmiento, Athias e França 1902, 173).

O folheto de divulgação das medidas profiláticas, com o título *Contra as Sezões* (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1903), contemplava todos os métodos então internacionalmente aventados para a prevenção da malária: destruição das larvas (petrolização e uso de outros larvicidas nas águas onde se criavam); protecção mecânica (redes nas janelas e portas e mosquiteiros nas camas); tratamento com o quinino; profilaxia com sais de quinino; isolamento dos doentes; evitamento das colecções de água na proximidade das habitações. Na senda da quininizacão em Itália, o uso dos sais de quinino é classificado como «o mais antigo processo de protecção e sem duvida o que mais seguros resultados offerece», em face das dificuldades apresentadas pela correcta observação da protecção mecânica e individual e das medidas ambientais (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1903, 22). As instruções são muito breves e generalistas, sem qualquer contemplação por situações concretas, sem sugerir distinção de práticas profiláticas entre as colónias e o território europeu; essa distinção fica apenas implícita na recomendação para «ter afastadas das habitações as creanças pretas, em cujo sangue os *Anopheles* se vão facilmente infectar» (Sociedade das Ciências Médicas de

Lisboa 1903, 22). Quanto à exclusividade do mosquito na transmissão da malária, que causara algumas perplexidades quando se discutia o teor das recomendações a incluir no folheto, está completamente ultrapassada na versão final. Indica-se «o uso d’uma boa agua de bebida», não por se reconhecer na água um meio de entrada do *Plasmodium* no organismo, mas por a água inquinada ser um elemento perturbador das funções normais do organismo, enfraquecendo-o (Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa 1903, 27, 28).

O ecletismo de métodos preventivos presente no folheto – protecção individual, engenharia sanitária e tratamento dos doentes – prenuncia a tendência das estratégias de controlo da doença dominantes até depois da II guerra mundial. Mas o tom generalista resulta também da universalização da malariologia (conhecimentos, competências, técnicas) e da definição da malária produzida por esta área de estudos especializados. Esta oferece-se como um código para reconhecimento dos elementos que assinalam a presença da doença e dos que influem na sua distribuição e incidência; mas deixando de fora o modo como a malária era experimentada e resolvida pelas populações e autoridades locais.

A SCML preocupava-se não em promover um movimento nacional à escala do italiano – consciente das limitações financeiras, do reduzido interesse administrativo e desconfiada do interesse das populações –, mas em criar um espírito de colaboração entre a comunidade médica portuguesa, em torno de um objectivo específico e pragmático, com fundamentos científicos reconhecidos e eventualmente capaz de produzir efeitos susceptíveis de conquistar o sancionamento e legitimação por parte da autoridade política. Assim, apelava-se, como se disse, à colaboração dos médicos exercendo clínica pública ou privada nas regiões maláricas, quer enviando dados sobre a doença, quer enviando espécies de culicídeos da localidade onde exerciam a sua actividade, de forma a permitir o conhecimento entomológico das espécies potencialmente transmissoras da malária em Portugal.

Mas o rol das comissões para o estudo da malária saídas da SCML não se esgota com o relatório de 1902. Ainda nesse ano, em Novembro, nova comissão é nomeada «para propor os meios da Sociedade emprender os estudo da malaria no país» (Bombarda *et al.* 1903, 29), donde se depreende um impasse na produção de reais conhecimentos, planeamento e acções, como que mascarado pelas diferentes incumbências atribuídas às sucessivas comissões formadas naquela sociedade. Os debates, nomeações e relatórios produzem resultados inexpressivos, sugerindo fraquíssima ligação ao terreno. Aquando da nomeação da comissão de Novembro de 1902, colocava-se também o problema da duplicação de trabalhos,

uma vez que a inspecção sanitária (relembro que era dirigida por Ricardo Jorge, membro da SCML) se propunha igualmente realizar um estudo sobre a malária em Portugal.

Este estudo chega em 1903, quando nas revistas médicas ainda se continuava a clamar pelo desenvolvimento de estudos credíveis que permitissem organizar efectivamente uma acção de profilaxia da malária em Portugal. Tratou-se de uma resenha versando os mais recentes conhecimentos sobre etiologia, epidemiologia e profilaxia da malária, pontuados de questões e demonstração da sua relevância para o caso português, elaborada pelo próprio inspector-geral dos serviços sanitários, Ricardo Jorge (Inspecção Geral dos Serviços Sanitários 1903). O trabalho oferece um esboço da distribuição geográfica da malária no território nacional, relacionada com as características climáticas, topográficas e geológicas; alicerça a sua legitimidade e urgência nos efeitos demográficos e económicos da doença, com as consequentes implicações para o país, classificando a malária como «uma questão nacional».

Eloquente e detalhado como é o trabalho de Ricardo Jorge, não deixa também de ser essencialmente teórico. Embora apresente reflexão aprofundada – à luz dos novos conhecimentos da malariologia, das observações e ensaios levados a cabo em outros pontos da Europa e das colónias europeias – sobre as condições geográficas, ambientais e económicas nacionais, de há longa data reconhecidas socialmente como «produtoras» da malária, bem como sobre o seu potencial para condicionar a distribuição e as manifestações da doença em Portugal. Este ensaio acabou por transformar-se numa espécie de cartilha para orientar pesquisas futuras, insistindo na importância dos estudos entomológicos, assim como na elaboração de cartas distintas para a distribuição da malária, do *Anopheles* e dos terrenos pantanosos, pois considerava não haver correlação entre pântanos e sezões, uma vez que nem todos os paus albergavam *Anopheles*: «Sem anopheles o paúl não é sezonático; com anopheles qualquer água o póde ser» (Inspecção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 14). É também neste trabalho que Jorge propõe a designação de «sezonismo» para a malária, por considerar que «malária» e «paludismo» expressavam ideias anacrónicas sobre a origem e causa das febres intermitentes. A expressão «sezonismo» não só era mais portuguesa, por derivar da expressão «sezões», popularmente usada para designar as febres intermitentes, como era mais inócua, uma vez que se referia aos sintomas (tremores incontroláveis) e não a causas que a ciência moderna tornara obsoletas.

Das suas considerações em torno dos modernos conhecimentos sobre malária resultaram ainda as «Bases de decretação sobre o estudo e combate do sezonismo»,²³ uma espécie de modelo legislativo que guiará as tentativas para regulamentar o conhecimento e controlo da malária em Portugal, durante as duas primeiras décadas do século XX, bem como as «Instrucções e questionario para o inquerito do sezonismo» e «Instrucções para a colheita e remessa de mosquitos» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 71-85).

Ao reconhecimento e projecção que teve este trabalho de Ricardo Jorge não terá sido estranha a centralidade que nele assume o debate em torno dos arrozais e da sua relação com a malária, em Portugal. A articulação dos conhecimentos sobre malária com a problemática da cultura do arroz oferecia-se como uma resposta de autoridade e uma solução para as discussões em torno desta, evocando o argumento económico e revelando o pragmatismo do conhecimento científico, apelativos para os envolvidos na disputa. A questão demográfica associada à rentabilidade do trabalho agrícola é um dos esteios do argumento de Jorge. Nesta linha, cruza regime de exploração da terra, clima, geologia, hidrografia, povoamento e malária. Deixa à medicina a função de orientar «racionalmente» a acção sanitária que permitiria romper o «entrançamento» desta doença com esses outros elementos:

Se a vasta charneca alemtejana é desgraçadamente tão erma, não se invoquem sómente as razões de ordem physica – a planura agreste e o rigor climático – sommadas ás razões de ordem histórico-economica. É certo que as condições oro-hydrographicas e climáticas da esteppe alemtejana não são das mais attrahentes para o fomento populacional [...] a constituição da grande propriedade e da grande cultura, fixadas pelas instituições successoraes (Oliveira Martins), abafaram o seu desenvolvimento demotico. Mas porque não ha de contar-se entre essas forças afugentadoras de povo a malaria que em todas ellas se entrança, ora como componente, ora como resultante?

Tem-se pensado em adensar a gente e intensificar a cultura do Alemtejo; mas esta colonização interna defronta-se com o mesmo obice da externa – as febres alemtejanas, irmãs das febres tropiciaes.

[...]

O braço do trabalhador rural, atégora paralyzado a cada accomettida de sezões, recuperaria toda a sua energia [...] a vida mais larga e prestadia do trabalhador atalharia á miseria e á fome; a

²³ As «Bases de decretação sobre o estudo e combate do sezonismo» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 71-85) dividiam-se em «Inquirições sobre o sezonismo em Portugal», «Assistencia aos sezonados. Prophylaxia therapeutica», «Exterminação dos mosquitos. Prophylaxia culicida», «Beneficiação de solo e aguas. Prophylaxia hydro-tellurica» e «Disposições financeiras». Das medidas preconizadas destaca-se o papel fundamentalmente regulador e fiscalizador do Estado, cabendo aos municípios e proprietários rurais a responsabilidade de executar as medidas preconizadas para a salubridade de terrenos e extermínio de mosquitos. Às Misericórdias e outras instituições de beneficência, bem como às câmaras municipais, cabia a assistência aos indivíduos pobres infectados com malária, bem como aos trabalhadores rurais; também a estas entidades competia a distribuição gratuita de quinino a quem o não pudesse pagar. Destaca-se ainda, na secção referente à «Beneficiação de solo e aguas...», as determinações sobre avaliação e licenciamento de arrozais.

poupança das creanças prosperaria o povoado; terra e gentes seriam fecundadas e abençoadas. Toda a riqueza publica cresceria, porque toda ella tem por matriz o viveiro e os fructos da terra cultivada.

Será este hosanna uma utopia? Não, porque o sezonismo pertence de facto e de direito ás molestias extinguiveis e extinctas (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 2-4).

Como higienista que era, Ricardo Jorge defendia que «o cuidar de saber onde e como a molestia grassa, e o cuidar do remedio a oppôr-lhe, são inseparaveis. Estude-se, mas combata-se logo; aperceba-se a sciencia da pesquisa e a arte da prevenção. Ha uma *prophylaxia publica* que instituir na lei e na pratica» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 23). Por conseguinte, a malária devia ser abordada como um problema de saúde pública e como um pretexto para o desenvolvimento de boas práticas preventivas baseadas no conhecimento científico. É nesta direcção que aponta ao afirmar ser o *Plasmodium* um «parasita obrigado, endogenico», havendo apenas «que persegui-lo nos organismos que o albergam – o homem e o mosquito» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 24). O conhecimento do agente específico da malária e seu meio de transmissão informava e afinava a acção sanitária, legitimando-a e assim reforçando a sua pertinência perante o poder administrativo. Apontava no sentido de uma profilaxia mista; i.e., não exclusivamente ou principalmente dedicada à destruição dos mosquitos mas contemplando também, com igual empenho, o tratamento dos doentes e a prevenção pelo uso do quinino.

Os métodos preconizados, como a eliminação das águas estagnadas (em pequena e em larga escala), completada pela «beneficiação agricola» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 29), não diferiam significativamente dos praticados antes da identificação do *Plasmodium* e do *Anopheles* como principais agentes da malária. Os procedimentos mais inovadores eram a petrolização, directamente direccionada para a eliminação das larvas de mosquito, e as medidas de protecção mecânica individual (especialmente o uso de redes metálicas e mosquiteiros). No entanto, estas últimas parecem a Ricardo Jorge «muito recommendaveis em hygiene privada» mas sem nenhum efeito «na prophylaxia social e publica» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 26), que considera prioritária.²⁴ Assim, os métodos que indicava eram «a exterminação exercida sobre o diptero no seu

²⁴ Os meios larvicidas eram, segundo Jorge, mais fáceis e económicos do que a protecção individual que, no entanto, também devia ser contemplada, ainda que a considerasse de mais difícil aplicação. Pereira e Pita (Pereira e Pita 1993, 476) datam a acentuação da distinção entre higiene pública e higiene privada de meados do século XIX. A higiene privada dizia respeito à nutrição, cuidados com o corpo (exercício, vestuários) e tudo o que se referisse directamente ao indivíduo, enquanto a higiene pública se referia à regulação dos espaços públicos, nomeadamente medidas de defesa contra as epidemias, isolamento de doentes, higiene dos locais de trabalho e qualidade dos alimentos.

“Uma Questão Nacional”

geradoiro, durante a época da sua nascença [...]; só no viveiro aquático onde formigam as lagartas, é que se pôde exercer, à grande e com êxito, a trucidação de raça tão daninha» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 26). Jorge entra, assim, em consonância com a vanguarda das medidas profiláticas, centradas fundamentalmente no mosquito e defendidas, entre outros, pelo próprio Ross. Contudo, apesar do carisma de Ricardo Jorge e da crescente influência do higienismo junto da administração pública, a conjugação entre saber e prática não sai do papel.

Em 1906 (mesmo a tempo do XV Congresso Internacional de Medicina, reunido em Lisboa) realizou-se o primeiro inquérito nacional da inspecção-geral dos serviços sanitários sobre a malária. Embora o questionário dirigido aos médicos provinciais seja consideravelmente mais extenso, não acrescenta muita informação aos dados oferecidos no relatório de António de Pádua, usando o mesmo método de recolha de informação junto dos médicos rurais. Este trabalho assenta, por isso, tal como o de Pádua, em informações qualitativas resultantes da prática clínica fora das grandes cidades e reflectindo o lugar da medicina no mundo rural. No entanto, o trabalho de Ricardo Jorge e Moraes Sarmento sistematiza as informações em quadros e mapas, conferindo-lhe um aspecto formal mais próximo do que se pretendia de um trabalho científico e oficial. Inclui também informação sobre as espécies de culicídeos identificadas em diferentes localidades, por todo o país, que embora muito sucinta, segue os métodos de apresentação de dados científicos preconizados e reconhecidos pela malariologia. O facto de ser apresentado num encontro científico internacional obrigava à exposição dos dados numa linguagem e forma internacionalmente reconhecidos e sancionados, conferindo-lhe, desse modo, a legitimidade e autoridade resultantes desse reconhecimento pela comunidade científica europeia. Este inquérito tornou-se na compilação de referência sobre a malária em Portugal, até 1933, ano em que se realizou outro inquérito nacional, com outras regras e protagonistas (ver caps. 4 e 5).

Entretanto, proliferavam os debates na SCML e os artigos nas revistas médicas sobre as medidas profiláticas. Contudo, as propostas mais concretas de aplicação da protecção individual e mecânica à população portuguesa, bem como as sugestões sobre intervenções de engenharia sanitária, resumem-se quase exclusivamente à publicação do folheto da SCML, em 1903.

Passado o período da euforia e dos debates em torno da teoria do mosquito e das estratégias preventivas preconizadas pelos malariologistas italianos e pelos médicos ingleses, que em Portugal nunca encontrariam nem empenho nem financiamento estatal ou privado, o

assunto esmorece, por impossibilidade de desenvolver investigação sistemática e regular, bem como de passar da teoria à prática. A malária médica em Portugal, no início do século XX, ganha forma em debates pontuais, onde se associam de modos diversos mosquitos, febres, arrozais, clima, ciência, poder político, pessoas. Estes debates desenrolam-se e materializam-se nos laboratórios ou sob um microscópio doméstico; nas sessões da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa; nos artigos das revistas médicas; na correspondência trocada entre médicos; em inquéritos e relatórios. Mas a sua normatização é modesta; de onde resulta que apenas esporadicamente chegue ao seu objecto de acção – as populações rurais.

Saúde e Estado

As narrativas sobre as iniciativas médicas e assistenciais em Portugal, nas primeiras décadas do século XX, são essencialmente descritivas, pretendendo demonstrar que, apesar de uma organização estatal modesta, muitas acções se encontravam já em marcha (vd. Correia 1938, 1954; Ferreira 1990). Esta história institucional não se alarga em reflexões sobre a contextualização social destas iniciativas mas podemos atribui-las a múltiplos factores. Por um lado, a transformação social que a economia capitalista introduzira tornava evidente e perceptível, para além de qualquer intenção ideológica, as deficiências materiais da vida nas cidades, especialmente entre as classes proletárias. E esta transformação era incontornável mesmo em Portugal, onde a industrialização no início do século XX era ainda incipiente. Contudo, produzia já um crescimento significativo das cidades, especialmente de Lisboa e do Porto, tornando também estes centros urbanos em pólos de atracção para indivíduos que buscavam melhores condições de vida. Este crescimento verificado sobretudo entre as classes proletárias redundou em problemas sociais decorrentes das condições de trabalho, especialmente os baixos salários, gerando o crescimento e conspiciência da população necessitada no espaço urbano; a esta «concentração da pobreza», acresciam os problemas de habitação, abastecimento de água e deficiente eliminação de detritos. Ante um Estado incapaz de responder com rapidez e em larga escala aos desafios sociais, mobilizavam-se os elementos tradicionalmente ligados à acção caritativa, de que as Misericórdias eram os mais representativos.

Assim, Silva Correia (1954) dá conta da criação, na primeira década do século XX (ou seja, imediatamente antes da instauração do regime republicano), de cozinhas económicas, hospitais para crianças, albergues e «casas de correcção», creches, hospitais para doenças

contagiosas, da Assistência Nacional aos Tuberculosos – responsável pela instalação de dispensários de tuberculose em Lisboa, Porto, Faro, Viana do Castelo e Bragança –, bem como lactários em Lisboa e Portalegre. Note-se que, embora fundamentalmente concentradas em Lisboa e no Porto, estas obras assistenciais, precisamente por dependerem em larga medida da iniciativa de indivíduos (filantropia) ou associações, tinham também expressão nas cidades mais pequenas, ligadas ao mundo rural.

Apesar de nos centros urbanos produtores do conhecimento, ou pelo menos do discurso médico auto-imbuído de autoridade e legitimidade, a malária ser classificada como uma «doença social», comparada à tuberculose e à sífilis, ela era sobretudo uma doença dos campos. E, no mundo rural, a malária não era percebida como uma ameaça colectiva; surgia intermitentemente na vida dos indivíduos, não sendo encarada como um problema a necessitar de atenção particular. Para além disso, a população rural tinha os seus próprios recursos ecléticos (chás e remédios caseiros, a par do uso de quinino quando era possível obtê-lo) para responder a esta doença (ver cap. 5). A assistência aos indivíduos identificados como padecendo de malária fundia-se na assistência prestada, por exemplo, pelos hospitais das Misericórdias, como o da Vila de Pereira, no concelho de Montemor-o-Velho. No registo dos doentes tratados neste hospital entre 1907 e 1919 encontram-se vários casos de «impaludismo», «febres intermitentes», «sezões», «malária» com a indicação das dietas e terapêutica adoptadas no tratamento dos doentes.²⁵ Por outro lado, apesar de o mundo rural merecer crescente atenção por parte do Estado, aparentemente, no início do século XX, a saúde não é uma área que surja ao poder político como via para a extensão da sua influência e estratégias administrativas, tomando o lugar das instituições assistenciais e caritativas.

Após a instauração do regime republicano, «[é] extinta a Direcção Geral de Saude e Beneficencia Publica e criada a Direcção Geral de Saude» (Almeida 1911) por decreto de 9 de Fevereiro de 1911, seguida da criação da Direcção Geral de Assistência (DGA), por decreto de 25 de Maio do mesmo ano (Braga *et al.* 1912a [1911]). Por razões de instabilidade política (note-se que entre 1911 e 1926, Portugal teve 42 chefes de governo e 9 chefes de Estado; ver Ramos 1994, 437, 621) e financeira, as reformas propostas para a Direcção Geral de Saúde (DGS) não resultaram em alterações significativas na organização e qualidade dos serviços de saúde estatais. Esta mantém sobretudo funções de fiscalização (dos portos, dos alimentos,

²⁵ Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira, «Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira – registo de doentes, 1907, 1910, 1911, 1912, 1913, 1915», «Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira – registo de doentes, 1915, 1918, 1919», s.d., Montemor-o-Velho, Arquivo Histórico Municipal de Montemor-o-Velho.

estabelecimentos, habitações, locais de trabalho), não se verificando um avanço significativo na criação de um serviço estatal consistente de saúde preventiva. Os serviços de saúde continuavam a funcionar essencialmente na base assistencial, com maiores dificuldades nas áreas rurais do que nas grandes cidades (entenda-se Lisboa e Porto), apesar da reestruturação dos serviços de saúde envolver os delegados e subdelegados de saúde, com o fito de responder às necessidades da administração sanitária dos campos. Para além das dificuldades políticas e financeiras, havia ainda que contar com uma longa «tradição» de mistura entre a saúde e a assistência, reforçando a função curativa da medicina, e com a extrema fragmentação de instituições devotadas aos socorros médicos e à assistência aos pobres, quase todas de iniciativa privada (Misericórdias, associações, filantropos), reflexo de hierarquias e relações sociais localmente arraigadas e marcadas pelo paternalismo e autoritarismo.

Por outro lado, a própria noção de prevenção pertencia ainda fundamentalmente ao universo médico e às transformações da auto-definição e apresentação da medicina, decorrentes das mudanças nos modelos explicativos dominantes sobre a causa e propagação das doenças, verificados nas últimas décadas do século XIX. Para a população em geral, a doença continuava a ser fundamentalmente percebida na perspectiva da experiência física; era um mal que lhe vinha do exterior e lhe provocava sofrimento físico, impedia o trabalho e outras funções sociais, agravando a pobreza e levando eventualmente à morte (ver cap. 5). Esta concepção da doença requeria intervenções práticas de eliminação do problema, mais próximas de um modelo assistencial, no qual se enquadravam os médicos das misericórdias e os médicos rurais, e não acções preventivas, quase sempre implicando mudanças de «costumes» e invasão do espaço de socialização (a casa, o local de trabalho, o bairro), do qual as instituições médicas estatais e os seus representantes não faziam parte.

A reforma republicana dos serviços assistenciais, sobretudo apostada na eliminação da mendicidade pela integração social e laboral dos mendigos, distinguindo-os dos indigentes ou pobres a quem era forçoso auxiliar, procurou organizar um modelo de administração abarcando a multiplicidade de instituições públicas e privadas que entravam no âmbito da assistência (nomeadamente os Hospitais Cívicos de Lisboa) (Correia 1954). O preâmbulo ao decreto de criação da DGA justifica precisamente esta ligação, apresentando a assistência pública como uma «obra de realização lenta», e estabelecendo que «Na obra da assistência oficial será aproveitada a indispensável participação da assistência privada, quaisquer que sejam as suas entidades [...]» (Braga *et al.* 1912a [1911], 1003, 1004).

“Uma Questão Nacional”

As fontes consultadas (colecções de legislação, histórias institucionais produzidas por médicos portugueses na segunda metade do século XX) não permitem compreender o alcance destas iniciativas; procuram sobretudo demonstrar o esforço que sempre se fizera no sentido de atender sobretudo os «desvalidos», não permitindo perceber quer a recepção dos ditos «desvalidos» aos serviços que lhes eram proporcionados/impostos, quer a percentagem da população mais necessitada que era abrangida por estes serviços. De qualquer modo, chegados a 1911, a república havia dividido formal e legalmente as atribuições da DGS e da Assistência, mantendo-se, no entanto, as intercepções entre os socorros aos indigentes, o controlo da mendicidade, a prestação de assistência médica aos desvalidos e a «acção social» (nomeadamente através das creches, lactário, etc.). Os próprios órgãos administrativos da DGA e das suas delegações por todo o país espelham essa intercepção, integrando, no caso do Conselho Nacional de Assistência Pública, o director-geral de saúde, o director da faculdade de medicina de Lisboa, o presidente da SCML e o da Associação dos Médicos Portugueses.

Este empenho (relativo) na reforma dos serviços de saúde e da assistência cabia no projecto republicano, alicerçado em princípios democráticos, igualitários, inclusivos e participativos. O cidadão republicano, independentemente da sua condição social, tomava parte na construção da nação portuguesa, valor central da moral republicana, assente em princípios racionais e científicos (cf. Ramos 1994, 402, 403). Nesta lógica, a nação (o corpo social) era prioritária em relação ao indivíduo, funcionando como o núcleo aglutinador da sua acção e da acção do Estado. Este valor fundamental apresenta-se como um objectivo legítimo para as reformas republicanas, que se propunham revigorar a sociedade e promover o seu progresso através das instituições que enquadravam a vida social e individual dos cidadãos. As reformas da educação, da saúde e assistência fazem sentido neste ambiente ideológico mas não podem ser percebidas do ponto de vista instrumental. Num universo de instituições e pessoas com pertenças sociais, políticas e ideológicas, intenções, interesses e recursos tão diversos como o era a sociedade portuguesa, no início do século XX, não podemos reduzir as reformas republicanas a um programa estatal de controlo dos cidadãos através dos instrumentos assistenciais e de saúde. Estes fazem parte de um contexto político, ideológico, social e económico mais vasto, que se reflecte na sua organização, orientação, discurso e acção, tornando-os um produto, mais do que um instrumento e, muitas vezes, cerceados nos seus recursos e efectividade.

Neste contexto, o estudo e controlo da malária regulamentados pela república – que incumbira o Instituto Central de Higiene de «Instituir estudos permanentes sobre o sezonismo

e a campanha anti-malarica» (Braga *et al.* 1912b [1911], 1172) e criara uma «comissão de defesa antisezonatica» com a função de «combater as causas da malaria e os efeitos do sezonismo sobre a população» (Braga *et al.* 1912c [1911], 1173) – também não tiveram resultados práticos relevantes.

A comissão de defesa anti-sezonática foi criada por decreto de 26 de Maio de 1911, de acordo com as indicações apresentadas nas «Bases de decretação sobre o estudo e combate do sezonismo», propostas por Ricardo Jorge em 1903, bem como no seu modelo para as «Inquirições sobre o sezonismo em Portugal». À comissão competia o estabelecimento das «cartas do sezonismo, do paludismo e do anophelismo em Portugal, as quaes se deverão renovar periodicamente»; a identificação de todos os cursos e colecções de água nas regiões maláricas; a «ministração gratuita da quinina para os pobres e indigentes, assim como para os operarios e trabalhadores, domiciliados ou adventicios» (Braga *et al.* 1912c [1911], 1173), para profilaxia e tratamento; destruição das larvas de mosquitos; drenagem e secagem das colecções de água; correcção dos cursos de água e sua desobstrução; promoção de práticas agrícolas para saneamento dos solos. As incumbências da comissão denotam, não só o pouco que se continuava a saber sobre a epidemiologia, incidência e distribuição da malária em Portugal – segundo os modelos da ciência médica de então e as expectativas e indicações dos médico portugueses, desde os primeiros anos do século XX –, mas também a inspiração do modelo de acção antimalárica adoptado na Itália. Nesta linha, preconizava-se uma acção que, embora claramente marcada pelo papel do mosquito como vector da doença, incluía a quininização preventiva e terapêutica, a qual merecia atenção especial; assim, estabelecia-se a distribuição «das formulas pharmaceuticas [de quinino] mais adequadas á prophylaxia e therapeutica do sezonismo, que serão aviadas num laboratorio do Estado» (Braga *et al.* 1912c [1911], 1173). A malária continuava a cruzar-se com as questões agrárias, pela persistência da sua associação à cultura do arroz; nesta linha, cabia também à comissão o «estudo systematico dos arrozaes portugueses e da situação presente e futura da oryzicultura» (Braga *et al.* 1912c [1911]), bem como apresentar propostas para a higienização dos campos de arroz.

A composição da comissão anti-sezonática traduzia a necessidade de gerir potenciais disputas de autoridade, mas também o reconhecimento do carácter multifacetado da malária, condicionada por diversos factores sociais, ambientais e económicos; revelava ao mesmo tempo as instituições e áreas científicas que dominaram o estudo da malária em Portugal, nas primeiras décadas do século XX. Assim, a comissão, «presidida pelo Ministro do Interior, comp[unha-se] do director geral de saude, vice-presidente e medico-adjunto da Direcção

“Uma Questão Nacional”

Geral, os directores do Instituto Bacteriologico e da Escola de Medicina Tropical, o director e o chefe dos serviços de bacteriologia sanitaria do Instituto Central de Hygiene, o delegado de saude de Lisboa, dois delegados dos serviços agricolas e outros dos serviços hydraulicos do Ministerio do Fomento [...], os presidentes ou delegados das direcções da Associação Geral de Agricultura e da Sociedade das Sciencias Agronomicas [...]» (A Medicina Moderna 1911, 329).

A particularização do problema da malária no contexto da reforma da saúde e assistência decorria não de ser atribuída maior relevância epidemiológica a esta doença, no quadro da morbilidade nacional (de resto, pouco claro em resultado das deficientes recolha e registos estatísticos), mas da sua especificidade epidemiológica e distribuição geográfica, bem como da variedade de métodos desenvolvidos para o seu tratamento e prevenção, e da complexidade de alguns destes. Neste sentido, os modelos sobre a causa e transmissão da doença, assim como os ensaios de métodos profiláticos e curativos produzidos no contexto internacional, proporcionaram à classe médica portuguesa recursos retóricos e técnicos para instarem o poder político no sentido da tomada de posições concretas para conhecer e agir sobre a malária em Portugal, na lógica de construir um Estado regulador, racional e científico, ainda que descentralizado, integrando campo e cidade. Não quero com isto sugerir uma relação causal entre serviços anti-sezonáticos e ideologia do Estado, mas apenas notar que as iniciativas pré-republicanas para o controlo da malária se enquadravam, potencialmente, no ambiente ideológico da I república e os «militantes» da causa da malária reconheciam esta oportunidade de reintroduzir uma problemática que consideravam fundamental e profícua, quer social quer profissionalmente.

O ímpeto desenvolvimentista/progressista e a afirmação nacional, ideologias que dominavam as elites letradas da Europa e das Américas, encontravam na saúde pública, associada às questões de raça e nacionalismo, uma expressão e um instrumento promissor para prossecução das suas propostas. No Brasil, esta tendência foi particularmente expressiva, com contornos de acção de colonização interna, envolvendo estratégias verticais autoritárias, que visavam não só a salubridade e reordenamento dos espaços urbanos, mas também o progresso económico e social das regiões sertanejas do Brasil e a sua integração, «de facto», na nação brasileira (veja-se, entre outros, Carvalho 1987; Lima e Hochman 2000; Hochman 2006; Benchimol e Silva 2008). O papel de Oswaldo Cruz, e do Instituto com o seu nome (desde 1908), é seminal na história da saúde pública no Brasil, marcada pelas auto-representações do país e da sua população como carecendo de regeneração e civilização, bem

como pelos desenvolvimentos internacionais em «medicina tropical». Cruz encontrou no poder político o esteio do seu programa de salubridade do Rio de Janeiro, catapultando o sanitarismo e a investigação médica ligada à saúde pública e medicina tropical (especialidade emergente no início do século XX) para a linha da frente da administração e gestão do espaço urbano e dos seus habitantes, bem como lançando os fundamentos da campanha de salubridade da nação brasileira, preconizada pela república.²⁶ Benchimol e Silva assinalam que «no Manifesto à Nação, divulgado em 15 de novembro de 1902, quando foi eleito presidente da República, Rodrigues Alves definiu como meta principal do seu governo o saneamento da capital brasileira» (Benchimol e Silva 2008, 726; veja-se também Stepan 1981). Progressivamente, a esfera de acção do Instituto Oswaldo Cruz estende-se a todo o território brasileiro, primeiro pelo engajamento dos seus médicos por companhias privadas, envolvidas em empreendimentos como a construção das vias-férreas que representavam então «o ideal de progresso e civilização esposado pelas elites daquele tempo» e «as alavancas mais eficazes da expansão do mercado interno e internacional, da integração do território e da subordinação das populações interioranas ao Estado e aos centros hegemónicos da sociedade capitalista brasileira» (Benchimol e Silva 2008, 755). Mais tarde, em força a partir do fim da I guerra mundial, com um programa de salubridade dos sertões, promovendo a saúde rural em prol da civilização e do progresso económico, mas também da consolidação e expansão do poder central (ver Lima e Hochman 2000; Hochman 2006; Sá 2009; Souza 2009).

A mesma inspiração nacionalista, com retórica, história e dinâmica diversas, esteve associada à promoção do estudo da malária e ao seu alinhamento com a saúde rural e a autoridade do Estado, em Itália. A sua independência do império Austro-húngaro e a subsequente unificação eram inspiradas pela ideologia nacionalista, transversal a todos as esferas do social, nomeadamente a científica, ao mesmo tempo que a reforçavam (Snowden 2006). A unificação foi um marco importante para o estudo da malária em Itália porque despoletou iniciativas públicas e privadas para o desenvolvimento económico (ver Snowden 2006) que elegeram esta doença como um entrave à sua prossecução; um pouco à semelhança da retórica colonialista sobre a malária como força de bloqueio da plena concretização dos projectos coloniais. Em Roma, a investigação sobre a doença contava com financiamentos privados por parte das empresas de caminho de ferro e mineração, companhias farmacêuticas,

²⁶ É vasta a literatura sobre a ciência médica, a saúde pública e a salubridade do Brasil, em relação com a questão política e a identidade nacional; refiro apenas alguns exemplos de trabalhos relacionados com estas temáticas: Stepan (1981, 2003); Hochman (1998, 2006); Lima (1998, 2009); Lima e Hochman (2000); Schweickardt e Lima (2007); Sá (2009); Souza (2009).

“Uma Questão Nacional”

filantropos, proprietários rurais. Era ainda financiada por dinheiros públicos provenientes dos ministérios da Agricultura e do Interior, bem como da própria cidade de Roma (Snowden 2006). A malária era definida e compreendida na sociedade italiana – pelo menos nas classes burguesas – como tendo profundo impacto na economia nacional, merecendo o empenho e envolvimento das forças nacionais no seu controlo, reconhecidamente dependente da ciência, do conhecimento especializado detido pelos malariologistas italianos e organização de acções baseadas nesse conhecimento.

Contrastando com estes dois exemplos, as circunstâncias políticas, económicas e sociais que enquadravam as acções dos médicos portugueses para a promoção do estudo da malária, no início do século XX, eram absolutamente distintas. Na primeira década do século XX a saúde não era uma prioridade do poder político em Portugal, nem na retórica nem na prática. Por outro lado, enquanto o projecto republicano brasileiro granjeou a Oswaldo Cruz, director-geral de saúde pública, autoridade sobre a população (o que não equivalia a reconhecimento popular; pelo contrário, os seus programas de acção revestiram-se quase sempre de carácter compulsivo, gerando tumultos; ver Carvalho 1987), Ricardo Jorge, autoridade sanitária máxima na cidade do Porto nos últimos anos do século XIX, foi praticamente expulso desta cidade pela população «amotinada» contra as suas medidas de controlo da peste bubónica. As suas reformas da administração de saúde – reveladoras de grande erudição e vanguardismo científico e higiénico, sempre realçadas na história laudatória da medicina nacional – traduziram-se em acção sanitária modesta. Enquanto Cruz fundara uma espécie de santuário da ciência em Manguinhos, nos arredores do Rio de Janeiro, onde se instalou em complexo arquitectónico construído de raiz o Instituto Oswaldo Cruz, centro de produção não apenas de vacinas e soros mas também de investigação científica médica, Jorge dispunha do Instituto de Higiene e do IBCP, de recursos e, consequentemente, produção científica modestos.

Embora as fontes não ofereçam pistas para compreender porquê e embora o seu trabalho sobre a malária em Portugal seja a referência para as tentativas de institucionalizar o conhecimento e acção sobre a doença, Ricardo Jorge (que resistiu à mudança de regime na direcção-geral de saúde e beneficência pública e se manteve em funções até 1928) parece perder todo o interesse na questão da malária. Mesmo nos documentos que fazem parte do seu espólio, arquivado na Biblioteca Nacional, não se encontram dados relevantes sobre esta questão ou quaisquer outros que permitam perceber por que razão abandonou o projecto que adoptara com aparente empenho no início do século.

É verdade que a agitação política e social que marcou a primeira república impediu o desenvolvimento de projectos e organismos que permitissem a prossecução de um planeamento e acção de fundo para a saúde, em geral, no país; muito menos para a malária, uma doença circunscrita a algumas regiões rurais, arvorada em problema nacional de saúde pública sobretudo por instâncias dos médicos. Rui Ramos nota que «só no Governo Provisório havia dois médicos e para a Assembleia Constituinte foram eleitos 44 médicos e um estudante de Medicina. Costumava então dizer-se que, se a monarquia fora o império dos bacharéis em Direito, a República representava o advento do império dos médicos» (Ramos 1994, 415). E a separação da DGS e da DGA (tuteladas pelo Ministério do Interior) com as respectivas reformas, acontece durante a vigência de António José de Almeida²⁷ (médico formado pela universidade de Coimbra) como ministro do Interior.

Argumentar sobre o poder de afirmação da classe médica e sua eventual influência no lugar atribuído à saúde e ao ensino da medicina no programa republicano requer, no entanto, alguma contenção. Garnel considera que esta representatividade permitia aos médicos «levar à atenção da Câmara os assuntos e diplomas que directa ou indirectamente diziam respeito à sua profissão» (Garnel 2003, 232). Mas embora a República trouxesse transformações à organização e administração dos serviços de saúde do Estado, quando comparadas com outras reformas (como a do ensino) ou iniciativas legislativas (como a separação entre Igreja e Estado), essas transformações perdiam relevância, não só no alcance das suas propostas, mas também nos seus efeitos concretos.

Não negando a crescente relevância social e política da medicina, outros factores, como o crescimento e afirmação da burguesia, que passava também pelo acesso de um maior número de indivíduos à instrução superior, podem igualmente ajudar a perceber o crescente número de médicos parlamentares, tendência que vinha a acentuar-se desde as últimas décadas do século XIX.²⁸

A influência dos médicos não decorreria tanto da sua profissão, nem representava o seu poder enquanto classe organizada; inscrever-se-ia no poder das classes educadas ou da burguesia, em geral. A relação dos médicos com o poder político expressava capacidades individuais de afirmação social, com base num título prestigiante mais do que na operacionalidade do capital de conhecimento especializado que lhe subjazia. Pode, então, ser

²⁷ António José de Almeida foi também presidente da República entre 1918 e 1923.

²⁸ Sobre a presença de médicos na Câmara dos Deputados, criada pelo liberalismo, Fernando da Fonseca escreve: «Particularmente interessante a presença dos médicos (7 em 1861, 5 e 8 respectivamente em 1872 e 1880, mas 17 em 1890) [...]» (Fonseca 1993, 467).

“Uma Questão Nacional”

vista não como o reconhecimento político do poder dos médicos, mas, ao invés, como a tentativa dos médicos de alcançarem prestígio, reconhecimento e influência, individualmente e como classe, ao partilharem do poder político. Como nota Marcos Cueto para o contexto latino-americano, os médicos eram fundamentalmente praticantes de medicina e «apenas incidentalmente professores ou investigadores». Assim, «procuravam posições nas universidades porque estas conferiam distinção, prestígio profissional crescente e eventualmente tornavam-se patamares para a carreira política» (Cueto 1994b, 9). Este princípio pode também aplicar-se aos médicos portugueses do início do século XX.

Os números das revistas médicas datados dos anos 10 e 20 do século XX sugerem que a retórica médica sobre a malária, suas raízes e implicações económicas e sociais (eco das tendências internacionais) tem uma expressão prática efectiva insignificante, por mais apelativa que pretenda ser em relação ao poder político. Os artigos das revistas médicas voltam a ser fundamentalmente noticiosos, dando conta do que se fazia internacionalmente, com referências recorrentes aos desenvolvimentos no conhecimento da malária e planificação para o seu controlo, que ganhavam notoriedade na vizinha Espanha (A. A. 1918; A Medicina Contemporânea 1915, 1920a, 1921a).

Uma das raras excepções a esta tendência é um artigo de João Felicissimo (1911) publicado na revista *Movimento Médico*. Felicissimo retoma a questão económica – que Ricardo Jorge explorara na introdução ao seu trabalho de 1903 – assumindo-a como o cerne da sua argumentação, e avalia o problema da malária do ponto de vista do seu impacto na economia nacional, assente na actividade agrícola e, por conseguinte, dependente de grande número de braços vigorosos. Os seus comentários e sugestões corroboram a ideia de que pouco se fizera desde que na SCML se formaram comissões e se realizaram inquéritos sobre a malária e os mosquitos; ou desde os trabalhos de Ricardo Jorge, enquanto inspector-geral de saúde (1903 e 1906). Mas reforçam também o argumento económico como motivo mais pertinente e fundamental do que a mortalidade, para a intervenção estatal no problema específico da malária, numa tentativa de conferir legitimidade às expectativas dos promotores da saúde pública, traduzindo as propostas destes para argumentos mais próximos das lógicas de interesse do poder político:

O sesonismo, apesar do seu infimo indice obituario e de morbilidade é um mal economico, com resultados primitivos, os que se produzem durante e logo a seguir ao ataque pyretico ou agudo, e resultados remotos, de gravidade maior ou menor, aparecendo mais ou menos tardiamente e que podem ser a origem de lesões irremediaveis e graves.

É pelo menos tão justificada a organização de missões de estudo da hypnose africana como de estudo da malária indígena.

A não ser algum estudo demografico e entomologico, entre nós, nada mais está feito. Estas missões devem constituir-se com patologistas, microbiologistas, anatomo-patologistas, com os seus laboratorios, servindo-lhes de exploradores e guias, por conhecedores do terreno, os facultativos municipaes (Felicissimo 1911, 286).

Entretanto, a questão dos arrozais ressurgiu na revista *A Medicina Contemporânea* com maior visibilidade no período acima mencionado. Reacende-se a controvérsia em torno das propostas legislativas para a cultura do arroz, à luz dos conhecimentos sobre a transmissão da malária pelo mosquito, bem como do centramento das medidas profiláticas na eliminação dos culicídeos (ver cap. 2). Por outro lado, e como à frente se verá, o problema sanitário representado pelos arrozais tende a aproximar o problema da malária das questões económicas nacionais, à semelhança do que sucedera com a produção da borracha no Brasil e na Malásia, ou com a construção do canal do Panamá. Desta forma, o discurso higienista encontra uma via de aproximação entre os interesses da saúde pública e os interesses económicos, mais apelativos ao poder político, nos moldes em que o fizera Felicissimo. E será fundamentalmente em torno da relação arrozais e malária que Estado e medicina cooperarão, produzindo a institucionalização da investigação e acção para o controlo desta doença em Portugal.

Capítulo 2

Arroz e sezões

Para compreender o processo de constituição da malária como um problema de saúde pública em Portugal, é inevitável determo-nos sobre a problemática da relação entre arrozais e malária. Esta questão arrasta-se desde o início do século XIX, variando nos seus contornos, preponderância e visibilidade – conforme a sua interferência nas condições económicas e sociais –, muitas vezes restrita ao debate dos círculos médicos e das elites político-administrativas, algumas vezes alimentando contestação e acção populares, expressando outras tensões e descontentamentos.

A generalização da relação entre arrozais e malária, não sendo a razão única nem, provavelmente, a fundamental para explicar que esta doença tenha recebido a mesma atenção (ou quase) da tuberculose e da saúde materno-infantil, com a criação de um serviço exclusivamente dedicado à «luta anti-sezonática», não pode deixar de ser considerada como um factor condicionante dessa preocupação com a malária. Ou mesmo como o argumento definitivo para mobilizar a autoridade do poder político, legitimando a necessidade da existência de tais serviços e da aposta na saúde rural (ver cap. 3). A centralidade que é dada ao par «arrozais–malária» nos inquéritos malariológicos (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1906; Landeiro e Cambournac s.d.) e na organização dos próprios Serviços Anti-Sezonáticos (SAS) assim o sugere. Os arrozais são o elemento em torno do qual se debate e estuda a epidemiologia da malária e se traçam algumas estratégias para o seu controlo.

A malária é uma doença particularmente ligada às questões ecológicas, na medida em que a compreensão da sua causa e propagação não se esgotam na fórmula «parasita–mosquito–homem», remetendo para as diversas condições ambientais (ambiente natural, redes e lógicas sociais, culturais, políticas, económicas, históricas, pessoais; ver Brown, Inhorn e Smith 1996), em que ocorre essa relação entre os três elementos. No caso português, a ligação arrozais–malária é reveladora dos diversos factores e actores envolvidos na produção da malária, enquanto objecto com significado e sentido reconhecíveis, mas também permanentemente disputados e plurais. Essa ligação congrega como nenhuma outra as dimensões ecológica, política e social, obrigando a reflectir sobre essa ecologia não apenas como uma fatalidade ambiental a que se procurou dar a resposta medicamente mais adequada,

“Uma Questão Nacional”

mas inclusiva da acção humana e não exterior a esta, no sentido da divisão «natureza–cultura».

A complexidade do lugar dos arrozais na epidemiologia biomédica da malária e a dependência desse impacto em relação a outros factores (ambientais, humanos, técnicos), revela-se na comparação com outras regiões do globo onde existiam malária e campos de arroz, sem que, contudo, se estabelecesse uma relação de causa e efeito entre os dois, ou pelo menos sem que esta constituísse o cerne do «problema da malária». Randall Packard (2007) expõe, numa perspectiva histórica, o modo como os modelos de produção agrícola influenciaram o recuo ou manutenção da malária em diferentes regiões dos EUA. Dá o exemplo dos campos de arroz no Texas e no Arkansas, onde, ao contrário do que sucedia em Itália e na Espanha, os arrozais produziam grandes quantidades de *Anopheles* mas quase nenhum caso de malária. Packard explica esta situação inusitada pelo facto de as explorações de arroz naquelas regiões serem altamente mecanizadas, com escasso uso de mão-de-obra, o que resultava em baixa exposição das pessoas ao mosquito vector; apara além de utilizarem técnicas de irrigação e variedades de arroz que diminuía o impacto dos alagamentos. Packard usa este exemplo para defender a importância dos factores sociais e económicos na distribuição e incidência da malária. Nas mesmas regiões do sul dos EUA, as grandes plantações de algodão eram responsáveis por mais casos de malária, pois empregavam um grande número de trabalhadores e rendeiros, vivendo em condições precárias que os expunham aos mosquitos. Ao contrário, nas regiões de arroz do Texas, Arkansas e Louisiana, os poucos trabalhadores empregados na cultura e moagem do arroz eram os habitantes das povoações vizinhas, dispondo de habitações que os protegiam dos *Anopheles*.

Por contraste com o caso norte-americano, Packard (2007) e Snowden (2006) dão conta da influência dos arrozais na incidência da malária, no norte de Itália. Uma vez mais, Packard argumenta no sentido de demonstrar como o modelo de exploração dos arrozais e padrão social dele decorrente tinham o papel principal na distribuição da doença. Nos arrozais italianos, fracamente mecanizados e com métodos de irrigação mais favoráveis à criação de *Anopheles* (Packard 2007), trabalhava um número considerável de assalariados migrantes, vivendo em condições que os expunham à infecção malárica (Packard 2007; Snowden 2006). Contudo, no Sul, onde a incidência da malária e a sua gravidade eram maiores, a doença não estava associada à cultura do arroz (ou pelo menos não maioritariamente), embora se mantivesse a precariedade das condições de vida dos camponeses como factores de peso na epidemiologia da malária (Packard 2007).

Também em Espanha, embora os arrozais fossem particularmente vigiados pelos serviços antimaláricos, enquanto locais de estagnação de águas e criação de mosquitos – especialmente devido à falta de cooperação dos agricultores, na regulação dos canteiros e ao crescimento das áreas de arrozal (ver Perdiguero-Gil 2005, 277) –, não constituíam o problema central da ecologia da malária; esta estava relacionada com a política agrícola nacional, particularmente o desenvolvimento do regadio e a concentração da propriedade.

Por conseguinte, temos o papel dos arrozais na produção da malária – compreendida como a relação necessária entre parasita, mosquito e homem – condicionado por factores ambientais, técnicas agrícolas e espécies de arroz, distribuição da população e suas condições materiais de vida, políticas agrícolas e estrutura agrária. Estes elementos, e outros, fazem também parte da composição da malária em Portugal, onde os arrozais têm, ao longo do tempo, um crescente significado simbólico como causa primordial desta doença, na sociedade portuguesa. A associação automática entre arrozais e malária mantém-se ainda no presente, no discurso daqueles que viveram em regiões endémicas (ver cap. 5) ou daqueles que, nunca tendo vivido ou trabalhado nessas regiões, sabem que a doença existiu no território português. Este papel simbólico acompanhava a progressão da importância do arrozal na economia nacional, representativa de transformações no sector agrícola (especialmente na posse e modos de exploração da terra) onde se empregava a maior parte da população activa nacional até meados do século XX. Por outro lado, remete para a questão da saúde rural, para o processo de inclusão do meio natural e social do «campo» no discurso médico e para as tentativas de «medicalização» desse espaço e seus habitantes.¹

O problema sanitário levantado pelos arrozais combina-se com razões económicas, com as transformações no mundo agrário e com as mudanças políticas e sociais, ilustrando ainda a progressiva penetração da medicina, produto da cultura citadina, no mundo rural. Esta combinação de factores traduz-se não apenas em permanentes hesitações legislativas mas também no desencontro entre lei e prática. A ambiguidade de posições da medicina quanto à relação entre arrozais e malária clarifica-se no século XX, com a incorporação do modelo etiológico parasitário e do mosquito *Anopheles* como vector, na explicação causal da malária. Deste modelo decorre a confirmação biomédica do papel dos arrozais na incidência e distribuição da malária, tendo por consequência o estabelecimento definitivo da regulação e acção sanitárias como única forma de controlar a nocividade potencial dos arrozais.

¹ Para uma abordagem sumária e resumo bibliográfico sobre a história da medicina e saúde rurais na Europa do século XIX veja-se Steven Cherry (2005).

Quase até ao final do século XIX, a associação entre arrozais e malária tinha um fundamento higiénico, baseado na teoria miasmática, um dos modelos explicativos para a etiologia das doenças dominante na primeira metade desse século. Segundo esta teoria, a causa das febres intermitentes estava na infecção dos indivíduos por miasmas provenientes dos eflúvios (gases venenosos) resultantes da putrefacção ou maceração de matéria orgânica (animal e vegetal), particularmente característica das zonas pantanosas (ver Porter 1999).

Para perceber a ligação entre os terrenos alagados onde se cultivava o arroz e a malária, na lógica das teorias miasmáticas, podemos recuar até ao século XVIII e mergulhar nas múltiplas tentativas de teorização em torno da categoria patológica «febres», entre as quais se compreendiam as febres intermitentes. Ao longo dos séculos XVIII e XIX as febres estiveram no centro de alguns debates sobre a natureza das doenças e os processos patológicos. A teoria dos humores e a fisiologia, em ascensão, (teorias «humuralista e solidista», na designação do médico português José Manuel Chaves, 1790) disputavam a explicação das causas da alteração na circulação do sangue, característica dos estados febris. As causas das alterações nos tecidos e fibras ou nos humores, conforme as teorias, podiam ser externas, havendo uma multiplicidade de elementos a considerar, tais como a humidade, o calor e os miasmas; mas podiam também ser comportamentos individuais e condições internas ao organismo dos indivíduos. A teoria miasmática combinava-se com a teoria humoral, segundo a qual, nas febres haveria uma maior viscosidade do sangue, provocada por factores internos ou externos (Chaves 1790, 16-19). Entre estes últimos contavam-se os miasmas infecciosos emanados da matéria orgânica em decomposição.

Ribeiro Sanches (1757), no *Tratado da Conservação da Saude dos Povos* escreve sobre a nocividade dos terrenos pantanosos e alagadiços, sobretudo quando expostos ao sol e ao calor, desencadeadores da putrefacção que infectava o ar, provocando toda a sorte de doenças febris (intermitentes, quartãs, contínuas), nas populações que estivessem ao alcance dessas influências. As febres intermitentes constituíam uma categoria de febres quase sempre tratada à parte, procurando explicar-se a especificidade dos seus sintomas e sua relação com as condições do meio exterior. As diferentes teorias, assim como a divisão entre os médicos que privilegiavam a identificação das causas das febres e os que privilegiavam os sintomas, convergiam todas na concepção das febres como um modo de o organismo se libertar das substâncias nocivas, os venenos, que inquinavam o corpo.

Ribeiro Sanches (1757) refere-se particularmente aos arrozais, como exemplo de terrenos pantanosos e alagadiços onde se dava a putrefacção geradora dos elementos que infectavam o ar:

Temos dado a conhecer bastantemente os effeitos das agoas encharcadas, e das enxurradas; mas aquellas, que ficaõ nos campos depois da cultura do arroz são as mais perniciosas he constante que necessita aquella planta, para dar fructo, cobrir-se de agoa, e alagar os campos, aonde está semeada; e se os lavradores não tiverem a precaução de dar curso a estas agoas, logo que se acabar a sementeira por canaes, pontes levadiças, e diques, entãõ ficaõ expostas aos ardores do estio nos mezes de Agosto, e Settembro; infecta-se o Ar, e o pagaõ os habitantes com toda a sorte de febres, que se terminaõ ou pela morte ou doença, que duraõ por toda a vida [...].

Nenhuma villa, ou cidade poderá jámais ser sadia, se nos arredores houver paães, atoleiros, e agoas encharcadas; porque não sómente a atmosfera daquelles lugares será sempre perniciosa, mas ainda nos lugares circunvizinhos: os ventos traraõ comsigo aquellas exhalaçoes, e as communicarãõ a todos os lugares, por onde passarem (1757, 84, 85).

Também José Manuel Chaves considera que «Huma das causas mais frequentes destas endemias de cesões são os miasmas venenosos, que se lançaõ das aguas encharcadas onde se cultiva o arroz» (1790, 20).

Por conseguinte, desde que se começou a praticar a cultura do arroz com maior regularidade, em Portugal, durante o século XVIII, surgiu a associação entre arrozais e malária, assente em teorias médicas. Esta relação foi assumida e evocada nos séculos seguintes, ainda que a malária médica do século XVIII não se definisse usando os mesmos elementos que a configuravam a partir do final do século XIX. De qualquer modo, assume-se que as febres a que os médicos do século XVIII se referiam eram a malária dos séculos XIX e XX, pelas características e periodicidade dos sintomas descritos, bem como pela variação da sua incidência ao longo do ano e pela sua distribuição geográfica.

Não sendo um objecto circunscrito de teorização e acção médica, o mundo rural aparece na literatura médica do século XVIII através de alguns elementos do seu meio ambiente, nomeadamente quando esses elementos podem apresentar uma ameaça para a salubridade dos aglomerados urbanos que ficam na sua vizinhança – de certo modo o reverso da perspectiva da «contaminação» e «corrupção» do mundo rural pelo avanço da industrialização e urbanização, esbatendo as fronteiras entre os dois mundos (Cherry 2005). Está assim gizada a inclusão do ambiente rural nas preocupações de salubridade da medicina do século XVIII, numa tendência que, em Portugal, é mais notória a partir da segunda metade

“Uma Questão Nacional”

do século XIX, acompanhando as transformações políticas introduzidas pela estabilização do regime liberal, bem como a progressiva integração da agricultura nacional no modelo capitalista.

Lei, arrozais e saúde pública: a contestação popular no século XIX

A polémica e a instrumentalização da relação entre arrozais e malária começam a ser mais notórias em Portugal, pelo menos em determinadas regiões, a partir da segunda metade do século XIX, quando se intensifica a cultura dos arrozais em alguns distritos. Gera-se então uma discussão que viria a arrastar-se por várias décadas, e em que os sucessivos governos da monarquia e da república tiveram dificuldade em assumir determinações claras e de fazê-las cumprir, perante os diversos interesses em jogo.

Os debates parlamentares ilustram bem a dimensão que atingira a polémica em torno dos arrozais. As transcrições desses debates, desde 1852, revelam a relação entre interesses económicos, modificações nas formas de exploração agrícola, crescentemente voltadas para o lucro, caciquismo e saúde pública. O problema da tributação do arroz, o direito de propriedade e de decisão sobre as culturas a praticar, os excessos de zelo dos administradores concelhios no tocante à observação dos regulamentos sobre a cultura do arroz – especialmente em Coimbra e Leiria – cruzavam-se com as argumentações sobre o efeito nocivo dos arrozais na saúde das populações vizinhas dos campos de arroz, e não apenas sobre a saúde daqueles que se ocupavam naquela cultura.²

² Câmara dos Senhores Deputados. 1852. «Requerimento», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 14, Sessão em 16 de Março, 182, 183; «Ordem do dia: continuação da discussão do projecto n.º 44 sobre as Sete Casas», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 13, Sessão de 17 de Junho, 231-239; «[...] algumas perguntas ao Sr. Ministro do Reino acerca dos arrozais de Leiria», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 2, Sessão de 2 de Julho, 41-44; «Correspondencia: Representações», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 10, Sessão em 16 de Julho, 199, 200; Câmara dos Senhores Deputados. 1855. «Ordem do dia: continuação da discussão do orçamento do Ministério do Reino», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 15, Sessão de 19 de Maio, 253-259. Câmara dos Senhores Deputados. 1861. «Ordem do dia: continuação da discussão do projecto de resposta ao discurso da coroa», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, n.º 32, 3 de Julho, 1661-1666; Câmara dos Senhores Deputados. 1901a. «Ordem do dia. Continuação da discussão do projecto de lei n.º 39, contribuição predial», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 87, Sessão de 18 de Maio de 1901, 7-12; Câmara dos Senhores Deputados. 1901b. «O Sr. Pereira de Lima [...] começa por apontar as cifras da importação do arroz», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 60, Sessão de 22 de Abril de 1901, 2-5; Câmara dos Senhores Deputados. 1904. «Proposta de lei n.º 1 – G. Arroz», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 4.ª Sessão, 8 de Janeiro, 79-82; Câmara dos Senhores Deputados. 1908. «Projecto de lei», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 43.ª Sessão, 15 de Julho, 6, 7; Câmara dos Senhores Deputados. 1909. «Proposta de lei n.º 2 – I», «Proposta de lei – Bases», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 13.ª Sessão, 20 de Março, 52-56.

Se encontramos interpelações e propostas defendendo claramente a implementação da cultura do arroz e invocando a impossibilidade de determinar a universalidade da sua acção nefasta, outras há que arvoram a defesa da saúde dos povos, em tom dramático, citando a célebre frase do relatório de Andrade Corvo (1860), sobre a orizicultura: «16 hectolitros de arroz custam uma vida!».

Os sucessivos governos procuram dar resposta regulamentar à questão da orizicultura; mas esta nunca pareceu satisfazer todos os envolvidos, suscitando sempre questões, dúvidas e acusações que sugeriam a sua imperfeição ou ambiguidade, propensa aos excessos das autoridades administrativas. Ricardo Jorge resumirá esta fluidez de princípios em torno dos arrozais, que caracterizou a primeira metade do século XIX, dizendo que «a oposição, o preconceito, o choque dos interesses, o ardor das paixões, tinham anarchizado auctoridades e povos nas terras arroseiras. Aqui, o administrador nem sequer punha o dique da licença ás sementeiras, alli, mandava-as arrazar desapiedadamente; num logar os medicos faziam do arroz um agente de salubridação, noutro não havia mal humano que não lhe attribuissem; dos povos, uns pela boca dos seus vereadores, ou dos seus parochos, exaltavam os beneficios da cultura, outros acoimavam-na de infernal e homicida» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 35).

A legislação sobre a cultura do arroz produzida entre as décadas de 30 e 60 do século XIX oscilava entre as pautas alfandegárias proteccionistas e a restrição (ver Silva 1956) – ainda que não proibindo universalmente as plantações daquela gramínea –, ditada pelas reservas higiénicas, a contestação popular e as disputas políticas. Por conseguinte, os argumentos da higiene e saúde pública pareciam ter algum impacto, até como recurso retórico para a sustentação de posições fundamentalmente ditadas por interesses políticos ou económicos. Contudo, os médicos não eram unânimes na condenação irremissível dos arrozais, pelo que o argumento da saúde pública não terá sido preponderante na definição das tendências repressivas da lei.

Entre os médicos que desdramatizavam o papel dos arrozais na incidência e distribuição da malária estava António Cândido Palhoto, médico no distrito de Santarém, cuja argumentação sobre a impossibilidade de imputar ao arrozal a causa exclusiva das febres intermitentes naquele distrito ilustra de forma eloquente uma argumentação causal compósita, em que à influência nefasta dos pântanos se associava às condições de vida dos jornaleiros, a classe mais afectada pelas febres. Estes viviam «mal nutridos, mal vestidos, e peor abrigados, carecendo nas suas molestias dos soccorros promptos da Medicina, - já pela distancia, em que

“Uma Questão Nacional”

residem os facultativos, - já pela dificuldade de lhes gratificar os seus cuidados clinicos, - já finalmente pela sua avareza». Ao reconhecimento da pobreza por vezes extrema em que vivia essa classe e que a vulnerabilizava – discurso que se manterá com enfoques e perspectivas diferentes sobre a sua relação com a malária, até ao século XX – como factor coadjuvante da incidência das febres intermitentes, Palhoto acrescenta a culpabilização dos indivíduos pela sua condição, observando que «[o]s indivíduos, que a compoem contentando-se no ingresso ainda o mais ameaçador, e temerôso de qualquer molestia com os chamados remedios caseiros, aconselhados pelo barbeiro, pelo padre cura, pelo compadre, ou pela visinha, e preferindo-os muitas vezes aos que lhes prescrevem os facultativos, agravam, quando não dão origem, aos seus padecimentos, em lugar de os debellar, ou de os minorar; [...] Estes factos repetidos, o abuso de bebidas alcoolicas, a intemperança, as privações, por vezes o excesso de trabalho, constituem o complexo das verdadeiras causas originarias das molestias observadas algumas vezes epidemicamente em certas povoações do campo, ou das suas immediações, e attribuidas sem fundamento sufficiente, e sem criterio aos arrozaes» (Palhoto 1852, 14).

A ténue distinção entre os factores ambientais e os hábitos pessoais e sociais como causa ou coadjuvante/predisponente das doenças, nomeadamente da malária, é uma constante ao longo do século XIX, mas também no século XX. As concepções sobre sanidade e saúde pública reflectem essa alternância de enfoque entre uns e outros factores, acompanhando as transformações dos modelos teóricos da medicina europeia e a influência de outras condições sociopolíticas. Palhoto iliba os arrozais atribuindo à rudeza, ignorância, à credence e à conduta moral das populações rurais a causa primeira das doenças que as assolavam, sobrevalorizando os aspectos socioculturais em detrimento dos ambientais. A sua argumentação remete, por um lado, para a distinção dos valores, organização social e modelos culturais entre o campo e as cidades, onde a burguesia, seus modelos e valores sociais imperavam; por outro lado, remete para a concepção de que a doença se combate também pela civilização/educação das populações rurais e para a necessidade de estender ao campo a influência e controlo da medicina, num tempo em que os médicos tinham ainda um papel subalterno na administração da saúde.

Procurando dar resposta à polémica sobre a orizicultura, em 1854, inicia-se uma curta série de inquéritos sobre a salubridade dos arrozais. Por circular do Ministério das Obras Públicas, determinava-se a criação de comissões especiais para apurarem a extensão e natureza destes terrenos, bem como o seu impacto na saúde pública, com base num inquérito

elaborado pelo agrónomo Rodrigo de Moraes Soares (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903). Pretendia-se reunir informação sólida e fidedigna, que permitisse ao governo determinar a orientação a tomar quanto à regulamentação da cultura do arroz, atendendo às posições contraditórias e à agitação que, em algumas localidades, a expansão daquela cultura provocara. Na verdade, as questões que deveriam orientar o trabalho das comissões assemelhavam-se muito a um inquérito sobre a situação da orizicultura e a sua relação com a incidência das febres intermitentes. Dessa primeira inquirição, realizada em 1854, saíram pareceres diversos, conforme as localidades. Estas diferenças foram interpretadas pelo redactor do relatório final, o médico Caetano Maria Beirão (1857), como resultantes da diversa natureza dos solos, climas, localização dos arrozais, etc., que necessariamente influiriam no seu impacto na salubridade das povoações. Por conseguinte, Beirão considerava que os arrozais não deviam ser banidos mas sim regulamentados, centrando-se a sua regulação em três aspectos essenciais: distância das povoações, irrigação contínua e escoamento das águas.

Ainda de acordo com o mesmo relatório, se havia médicos que responsabilizavam os campos de arroz pelo aumento dos casos de malária, outros havia, como por exemplo os da região do vale do Sado, que os consideravam um contributo benéfico para a salubridade das povoações ribeirinhas. Beirão faz notar a unanimidade das respostas favoráveis à orizicultura no concelho de Alcácer do Sal, fundamentadas em argumentos económicos e defendendo que aquela actividade «tem feito aumentar extraordinariamente a povoação, e as commodidades a tal ponto que todos os habitantes de todas as classes, lavradores, negociantes, e trabalhadores desde os mais pobres até aos mais abastados se acham intimamente ligados a esta cultura como base fundamental da sua sustentação» (Comissão de Alcácer do Sal citada em Beirão 1857, 9). Beirão considerava estas circunstâncias e argumentação como um obstáculo «á franca e desinteressada opinião das Comissões consultadas ácerca da nocividade dos arrozaes sobre a salubridade publica, mas tambem á acção governativa para a repressão parcial desta cultura, se porventura se chegar a perceber a necessidade de medidas restritivas [...]» (Beirão 1857, 9, 10). No entanto, apesar das dúvidas suscitadas pelo argumento económico, a apreciação da comissão de Alcácer introduzia um elemento no debate sobre a salubridade dos arrozais que pareceu relevante a Beirão, e que era o do sistema de irrigação dos canteiros. Este aspecto manter-se-á como um elemento importante da polémica sobre a salubridade dos arrozais, até bem dentro do século XX.

“Uma Questão Nacional”

Caetano Beirão não condena radicalmente a cultura do arroz, indicando antes as condições que a legislação deveria contemplar para a concessão de licenças a quem quisesse praticá-la, sublinhando que o argumento dos direitos de propriedade não poderia jamais sobrepor-se ao interesse da saúde comum. As suas recomendações incidem, como se disse, na questão da localização dos arrozais (distância das povoações considerando os ventos dominantes), irrigação contínua, escoamento das águas, limpeza das searas depois da ceifa e ainda protecção dos trabalhadores empregados na cultura do arroz, incluindo o melhoramento das suas condições de higiene alimentar e pessoal. Observadas estas condições, Beirão considerava ser possível continuar a orizicultura.

No período que vai desde a nomeação das comissões de inquérito (1854), até à publicação do relatório de Beirão (1857), jornais locais da região centro dão conta da polémica entre as elites administrativas, proprietários e alguns médicos, bem como de levantamentos populares alegadamente despoletados pela relação causal estabelecida pelas populações entre o incremento da cultura do arroz e a deterioração da sua saúde.

Assim, entre Março e Maio de 1855, o jornal *O Conimbricense* noticia acções populares contra as sementeiras de arroz em algumas localidades do distrito de Coimbra, relatando como homens e mulheres se juntavam ao toque de sinos e tambores, ameaçando os proprietários que se preparavam para semear o arroz e obrigando-os a retirar (Anónimo 1855c). Segundo o mesmo jornal, a população de várias localidades do distrito enviava representações ao governador civil, pedindo a proibição dos arrozais na região; a legitimidade dos pedidos era defendida nas páginas de *O Conimbricense* com números que ilustravam a perda de população de localidades como Pocariça, onde os óbitos vinham consecutivamente a aumentar, superando largamente os nascimentos (Anónimo 1855a). Por esta altura publicavam-se também os editais do governador civil de Coimbra, esforçando-se em contemporizar com proprietários e população e procurando conciliar os direitos de propriedade, a que aludiam os proprietários, com a defesa da saúde pública, pretensamente reclamada pela população (Anónimo 1855b). *O Conimbricense* toma partido pelos contestatários, apelando a que «acabe o abuso intoleravel de se approvarem todas as terras, só para satisfazer os empenhos dos proprietarios poderosos, despresando-se criminosamente o bem estar dos cidadãos» (Anónimo 1855b, 1) e responsabilizando «as condescendencias escandalosas da maior parte dos medicos nos seus informes, sem que tivessem em conta alguma a saude publica» (Anónimo 1855d, 3).

A contestação à cultura do arroz prefigurava-se quase como o reverso da Maria da Fonte, que poucos anos antes havia servido de alavanca para uma reviravolta política a nível nacional e que se iniciara com o pretexto do descontentamento popular ante tentativas de legislação sobre higiene e salubridade públicas, nomeadamente a proibição dos enterramentos nas igrejas. Desta feita, dizia-se que a população se indignava contra a ausência ou a violação dos princípios básicos de salubridade, que as expunha aos efeitos nocivos do arroz e dos arrozais, autênticos pântanos. No entanto, do povo conhece-se apenas a acção dramática e encarniçada contra os arrozais, através dos relatos dos jornais. São sobretudo as municipalidades e paróquias, pretendendo expressar as queixas do povo, quem caracteriza directamente os arrozais como ameaças à sanidade pública, sugerindo que tal como na Maria da Fonte, interesses políticos e privados se moviam nos bastidores da agitação popular.

Silva Pinto (1857), um médico da Lousã, escreveu também sobre a «impropriedade» da orizicultura na região de Coimbra, introduzindo um novo elemento no debate sobre a nocividade dos campos de arroz: a própria planta do arroz. Estava convicto de que esta era «[...] por si mesmo nociva, e que os arrozaes não são só prejudiciaes á saude como pantanos». Tal convicção vinha-lhe das observações que fizera quanto ao «cheiro particular nauseabundo, que lançam os arrozaes, que algumas pessoas d'olfato delicado sentem a grande distancia, e lhes produz violentas dores de cabeça; a orticaria, que se desenvolve nas partes nuas das pessoas, que andam na monda do arroz, ou o manêam depois de ceifado; o cheiro particular muito incommodo, que lança o arroz no celleiro antes de descascado; e finalmente o cheiro que exhala a palha do arroz, quando começa a apodrecer, differente do que lança a palha dos outros cereaes, em eguaes circumstancias» (Pinto 1857, 232). Perante estas observações, Silva Pinto levantava a questão do confronto entre a liberdade e os direitos de propriedade, por um lado, e a saúde pública, por outro.

Contudo, nem sempre os direitos de propriedade e a liberdade de cada proprietário cultivar o que lhe parecesse mais rendoso eram considerados como valores antagónicos da saúde pública; outras vozes argumentavam antes no sentido de demonstrar que a expansão da cultura do arroz representava uma melhoria das condições de vida dos camponeses e principal fonte dos seus rendimentos (Conceição 1858b).

O debate em torno dos arrozais combina, assim, aspectos políticos, económicos, sociais e científicos, num período de tensões e instabilidade política (Vaquinhas 2005, 8, 9) mas também de expansão do saber médico. A higiene era uma área particularmente importante para a medicina, integrando o curriculum da faculdade de medicina da

“Uma Questão Nacional”

universidade de Coimbra (Pereira e Pita 1993), bem como o das escolas médicas de Lisboa e Porto, desde a sua criação, em 1825 (Lemos 1925; Mira 1947).³ E, como se disse atrás, os arrozais integravam a teorização médica produzida em Portugal, desde o século XVIII, particularmente em matéria de higiene.

Por outro lado, as divergências dos médicos quanto ao papel e peso dos arrozais na epidemiologia da malária denotam também o carácter fragmentado dos modelos e teorização médicos, bem como o peso do envolvimento político e interesses individuais daqueles profissionais. Até à segunda metade do século XIX, várias teorias e modelos médicos coexistiam para a interpretação e descrição dos processos mórbidos, sua localização e sintomas. Também as explicações causais eram suficientemente generalistas para permitirem a coexistência de diversas proposições (veja-se, por exemplo, Worboys 1994, 2000). Desta fragmentação resultava uma percepção holista sobre as doenças, sua prevenção e cura, envolvendo os indivíduos (sua constituição, comportamentos, hábitos e actividades) e o meio (geografia, clima). A higiene, tal como se configura ao longo do século XIX, expressa eloquentemente estas concepções, na sua vertente pública e privada, preceituando a higiene pessoal (passando pelo corpo mas também pela moral) e a do espaço público, em correlação.

Na segunda metade do século XIX, marcada pela afirmação dos princípios liberais e pela ascensão da burguesia, em Portugal (Fonseca 1993; Vaquinhas e Cascão 1993), os médicos eram maioritariamente membros desta classe, ou das elites rurais. Mais, dependiam também destes grupos sociais para o exercício da sua profissão, uma vez que o recurso das classes populares (rurais e urbanas) à medicina era exíguo. Assim, a sua proximidade às esferas da administração política era evidente, por força das redes sociais a que pertenciam. Esta proximidade dos médicos às classes dirigentes e até a sua participação no poder administrativo local ou nacional, propiciava a sua participação na regulamentação da saúde pública, área em franca consolidação a partir do final da década de 1830, mas onde os médicos não tinham preponderância. No entanto, essas redes pessoais constrangiam também as suas posições, quando chamados a pronunciar-se sobre questões sanitárias.

Pereira e Pita referem-se a uma «consciência (liberal) da saúde enquanto bem jurídico, enquanto *garantia* e fundamento do exercício dos direitos naturais e individuais do cidadão (segurança, propriedade, liberdade)» (Pereira e Pita 1993, 474). A ascensão do liberalismo reforçou a noção de *indivíduo* distinto da *sociedade*, ainda que ambas as categorias fossem

³ Inicialmente designadas Reais Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto, passaram a designar-se Escolas Médico-Cirúrgicas, em 1836 (Lemos 1925).

inteligíveis apenas uma em relação à outra, na noção de *cidadão*. Esta concepção de cidadania assente na segurança, propriedade e liberdade, incorporada no discurso higienista e na definição da saúde pública como um dever do Estado para a manutenção dos direitos individuais (dependentes da integridade física), problematiza a negociação entre saúde pública e direitos individuais. A questão dos arrozais é apenas um exemplo localizado (mas expressivo de outras tensões presentes nessa negociação) das dificuldades e dos agentes em confronto na relação entre direitos individuais e saúde pública, mostrando que esta não se esgota nesta dicotomia.

Como realça Stephen Jacyna (2006, 13-15), a valorização da pessoa e da saúde, decorrente da secularização (e racionalização) do corpo reforçada pelo pensamento iluminista, dava ênfase à medicina. Além disso, esta ia ao encontro da economia política (ver Jacyna 2006, 15) e do utilitarismo associados ao liberalismo em ascensão na Europa, onde o modelo capitalista ganhava força e onde a industrialização estava em marcha (ainda que de modo desigual nos vários países). A valorização do indivíduo e da saúde do corpo passava, por conseguinte, pela garantia da sua produtividade e durabilidade. Assim, a medicina tornava-se mais apelativa para o Estado, abrindo caminho para a paulatina medicalização da saúde pública, sobretudo notória a partir de meados do século XIX.

Também em Portugal, o início da segunda metade do século XIX conheceu mudanças significativas. Por um lado, o fim dos conflitos, revoluções e contra-revoluções que marcaram os primeiros anos do liberalismo, proporcionou um período de acalmia e consolidação do regime que, de resto, mostrara já algum empenho na reforma da administração da saúde pública, ainda que com pouco sucesso; por outro lado, deu-se uma transformação das políticas agrárias que dificilmente poderia agradar a todos, especialmente em algumas regiões do país. O discurso utilitarista da economia política, que servia para legitimar a importância da saúde pública na Europa em vias de industrialização, oferecia-se também como uma linha possível de argumentação em Portugal, onde a transformação económica e social da segunda metade do século XIX assentava fundamentalmente na agricultura e não na indústria.

Não é por acaso que os «motins populares» mais expressivos, contra os arrozais, se dão na região centro, particularmente no distrito de Coimbra, e por meados do século XIX, contrastando com a aparente complacência unânime das populações, autoridade administrativa e médicos da região de Alcácer do Sal (Beirão 1857), onde a cultura do arroz se praticava desde o século XVIII, estando já enraizada nas dinâmicas socioeconómicas e políticas locais. No início da segunda metade do século XIX «[a] ideologia produtivista,

“Uma Questão Nacional”

condicionante de grande parte da actuação da burguesia dominante [...]» (Vaquinhas 1991, 690) influía na orientação e actuação do Estado em relação às questões agrárias, nomeadamente o aproveitamento de terras e de recursos hídricos. Esta tendência originou progressivas transformações na estrutura fundiária e nas relações sociais dela decorrentes e fez-se sentir com particular evidência nos campos do Mondego, nomeadamente no que respeita à «ocupação e uso da terra» (Fonseca 2005, 92). O Código Civil abolia o compáscuo⁴ «a que estavam submetidas, entre o Outono e meados da Primavera, quase todas as terras (essencialmente particulares) ribeirinhas do Mondego» (Fonseca 2005, 93), reforçando os direitos de propriedade e conferindo aos proprietários fundiários o direito de «organizar o processo produtivo em condições de total liberdade no que se refere, entre outros aspectos, ao tipo de culturas a efectuar» (Vaquinhas 1991, 693). Para além destas condições, as políticas aduaneiras proteccionistas tornavam a produção de arroz muito rentável (ver Vaquinhas 1991, 2005), transformando-o numa cultura particularmente aliciante para os proprietários dos campos do Mondego, principalmente nas propriedades marginais, sujeitas a alagamentos.

A juntar a estes factores económicos, a questão do «caciquismo» pesa também na história do avanço da orizicultura na região centro. Irene Vaquinhas (1991; 2005) refere-se-lhe para explicar as hesitações legislativas do governo em relação à cultura do arroz e as constantes transgressões da lei, por parte dos proprietários. De facto, apesar das leis emanadas do poder central – geralmente seguindo-se a inquéritos realizados com a finalidade de avaliar a nocividade dos arrozais (Vaquinhas 1991, 701, 702) – tendencialmente repressivas da orizicultura, os campos de arroz estendiam-se ou recuavam conforme os interesses dos seus proprietários e à revelia das indicações sanitárias, por vezes contraditórias. O peso político dos grandes proprietários, capazes de manipular localmente a tendência dos votos (ver Vaquinhas 2005) e de influírem nos relatórios e nas leis elaboradas com base nestes, pela sua proximidade ao poder político, explica a posição hesitante dos governos em relação ao problema dos arrozais. Por outro lado, a impossibilidade de um consenso sobre a relação causa efeito entre arrozais e malária, devido à fraca consistência das teorias médicas sobre a questão e à variação nas opiniões, decorrentes da observação e da experiência dos facultativos chamados a pronunciarem-se sobre o problema, permitia também aos interessados jogarem com as diferentes perspectivas médico-científicas, conforme a sua conveniência (ver Vaquinhas 2005).

⁴ Pastos comunitários.

O papel e poder dos médicos na organização e funcionamento da administração sanitária, a que atrás se aludiu, devem ser considerados como elementos com alguma influência nos debates em torno dos arrozais, participando nas redes de interesses locais. O Conselho de Saúde Pública (CSP), criado em Janeiro de 1837, fora investido de grande autonomia deliberativa e executiva em termos de política de saúde a nível nacional. O CSP integrava médicos e farmacêuticos, para além de outros elementos ligados à administração pública. Na dependência do Conselho foi criado o lugar de delegado de saúde, sempre médico, existindo um em cada capital de distrito. Subordinados aos delegados estavam os subdelegados, actuando a nível concelhio; este cargo era ocupado por elementos não médicos da administração local (Ferreira 1990, 243). Este modelo organizativo, e as suas incumbências, denunciavam uma crescente participação da classe médica na elaboração e administração das políticas de saúde, bem como tentativas de alargar as práticas sanitárias a todo o país.

Esta tendência manifestava-se em toda a Europa. A história da medicina anglo-saxónica oferece o exemplo do Reino Unido, onde a administração sanitária exercida pelo Estado procurava impor-se ao modelo organizativo da assistência aos desvalidos (à semelhança do que sucedia em Portugal), dependente da benemerência e da administração local. Saúde e pobreza cruzavam-se neste processo, enquadradas pelas transformações económicas, sociais e políticas em curso na Inglaterra do século XIX, na sequência da industrialização. O governo procurava legislar no sentido de responder à pobreza e à doença, compreendidas em interdependência e como uma ameaça à ordem social e aos princípios do utilitarismo e da economia política. Neste contexto, se os médicos ganhavam importância enquanto detentores de conhecimentos que permitiam orientar as leis sanitárias, o seu planeamento, administração e aplicação competiam ainda a indivíduos fora da profissão médica. No Reino Unido destacou-se Edwin Chadwick, responsável pelo relatório que deu origem ao primeiro Public Health Act, em 1848.

Mas a administração sanitária é também, em alguns casos, liderada por médicos, politicamente envolvidos. Um dos exemplos mais significativos é o de Rudolf Virchow, na Alemanha. Para além da sua importância para a histologia, Virchow destacou-se pelo desenvolvimento do conceito de «medicina política», associada à «medicina social». Segundo os princípios da medicina social, a causa das doenças era fundamentalmente compreensível de acordo com a noção de «epidemiologia social»; i.e., as epidemias eram o reflexo das desigualdades sociais, da repressão, da pobreza e da ignorância. Por conseguinte, «Só a

“Uma Questão Nacional”

liberdade política, a ‘democracia plena e ilimitada’, o estabelecimento da educação universal, o revigoramento económico» poderiam prevenir eficazmente os surtos epidémicos (Porter 1993, 1246).

A medicina social apresentava-se assim como o produto de um contexto sociopolítico particularmente favorável às ideias de democracia e justiça social e, ao mesmo tempo, como a via de integração dos médicos na administração da saúde pública, enquanto «advogados do povo» (Porter 1993, 1246) e tomando paulatinamente o lugar dos administradores de saúde não médicos.

A título de curiosidade, note-se que a «medicina social», a «epidemiologia social» e Virchow (para além de Friedrich Engels e os seus escritos sobre as condições de vida da classe operária britânica) são referenciais para as propostas da antropologia médica, sobretudo da sua vertente crítica, tal como se define no início da década de 80 do século XX: uma perspectiva que «percebe as questões de saúde à luz de forças políticas e económicas mais vastas, que padronizam as relações humanas, dão forma a comportamentos sociais e condicionam a experiência colectiva, incluindo forças à escala institucional, nacional e global» (Singer 1986, 128). A perspectiva holista de Virchow sobre a saúde e a sua definição da medicina como uma ciência social são particularmente caras e inspiradoras da antropologia médica, que pretende tomar as próprias práticas (modelos, modos de fazer, técnicas, acção, instituições) da biomedicina, bem como as definições de saúde e doença que lhe estão associadas, como objecto de análise crítica e como produções sociopolíticas.⁵ Esta perspectiva é particularmente pertinente para uma reflexão sobre a malária e a dinâmica das práticas médicas que lhe estão historicamente associadas.

Mas voltando ao CSP, este não tinha como linha orientadora o propósito de reforma política e social à escala nacional, como forma de combater as doenças. No entanto, se considerarmos a dimensão formal da sua criação, percebemos transformações na «polícia sanitária», que deixa de ser quase exclusivamente centrada na defesa das fronteiras em caso de ameaça de epidemias, para passar a ser tendencialmente reguladora da salubridade dos espaços e dos indivíduos, convertendo-se, portanto, em saúde pública (Ferreira 1990, 243).

Contudo, numa sociedade de diferenças acentuadas entre o rural e o urbano, como se de mundos distintos se tratasse, em que as aldeias representavam quase entidades autónomas e

⁵ Como exemplo deste papel referencial conferido pela antropologia médica crítica a Virchow veja-se, por exemplo, Baer (1982), Pfleiderer e Bichmann (1986), Singer (1986, 1995) e Csordas («[...] Virchow, que eu considero um precursor da antropologia médica crítica, escreveu que a política é medicina em larga escala [...]; 1988, 420).

auto-suficientes, dado o isolamento impostos pelas barreiras físicas, autoridades locais, como o regedor, tinham muito mais peso do que o delegado de saúde distrital. E era precisamente aos regedores, imersos nas lógicas socioculturais e nas redes de sociabilidade e interesses locais, que cabia a administração da saúde ao nível das paróquias. O decreto de 3 de Dezembro de 1868 reorganiza o CSP, substituindo também o médico pelo governador civil na administração distrital de saúde (Ferreira 1990). Assim, ao nível distrital, concelhio e paroquial, a administração da saúde passava a estar entregue a administradores públicos, não médicos, num processo curiosamente inverso à tendência então verificada no resto da Europa,⁶ onde os médicos reclamavam, e progressivamente conseguiam, o domínio na esfera da saúde pública. Ainda que não existam estudos de caso para perceber o funcionamento – ou inexistência – das autoridades de saúde ao nível local, em Portugal, fácil será perceber que desta organização resultaria diferenças profundas entre as leis sanitárias e a sua aplicação.

Desta pluralidade de elementos em conjugação/confronto na questão dos arrozais, resultavam vozes divergentes na imprensa da região centro. Se em Coimbra *O Conimbricense* se opunha com afinco à cultura do arroz no distrito, pouco ou nada revelando sobre os argumentos de quem a defendia, em Aveiro dominava a posição inversa. Em 1858, *O Campeão do Vouga* reclamava pelo excesso e fraca fundamentação das leis que determinavam a destruição de arrozais. Assim, durante o mês de Julho de 1858, desenrola-se neste jornal uma acesa polémica em torno das searas de arroz e da saúde pública, naquela região.⁷ Retoma-se as conclusões a que chegara a comissão criada naquele distrito para avaliar a influência dos arrozais na salubridade, em 1854, indicando que a cultura do arroz não devia ser totalmente proibida mas sim reguladas as condições em que era efectuada, bem como a natureza dos terrenos dedicados à sua prática (Campos *et al.* 1858).

Essas condições implicavam garantir um nível regular de águas, assim como a sua constante renovação, de forma a evitar a estagnação associada à decomposição das matérias orgânicas e consequente exalação de «miasmas deletérios» que corrompiam a atmosfera.

⁶ Veja-se Steven Cherry (2005).

⁷ Na sua *Corographia Palustre de Portugal*, José Carvalho (1899) indica a ocorrência de malária na região de Aveiro. Contudo, os malariologistas do século XX apontavam esta região como o exemplo do «anofelismo sem sezonismo», em Portugal (Cambournac 1947). De facto, apesar da existência de campos de arroz e da identificação da espécie de *Anopheles* responsável pela transmissão da malária (*maculipennis* var. *atroparvus*), não se conheciam casos endémicos de malária no distrito. Este facto era explicado quer pelas condições climáticas daquela região, quer pela prática corrente da criação de gado estabulado, gerando as condições óptimas para desviar a hematofagia dos mosquitos dos homens para os animais (Cambournac 1947, 15). No entanto, em 1938, a propósito da inexistência de malária no delta do Vouga – apesar da presença do *Anopheles* e de extensos campos de arroz – Rolla Hill escreve que «as seções molestaram a terra até 1906 mas hoje brilham pela sua ausência» (Hill 1938b, 7).

“Uma Questão Nacional”

Prevvia também a interdição de converter terrenos salubres (leia-se, não pantanosos ou alagadiços) em arrozais. Discutia-se ainda a questão da nocividade das plantas do arroz em si, concluindo a comissão de Aveiro que «Não se tem observado n'este districto e nas localidades onde se cultiva o arroz, que o desenvolvimento ou a intensidade destas molestias [febres intermitentes] coincida com algum determinado periodo da sua vegetação, nem tão pouco apresentar ellas nem feição característica que possa attribuir-se a alguma especialidade d'acção: logo tambem não pode admittir-se que a planta segregue e exale de si algum agente morbifico especial, e nem a anlyse chimica o tem podido descobrir» (Campos *et al.* 1858, 2). A questão da análise química do ar dos arrozais e suas imediações aparecia também como argumento científico para refutar as asserções daqueles que pretendiam ver a cultura do arroz proibida e destruídas as searas existentes.⁸

O debate dos argumentos miasmáticos, com base nos elementos da análise química, presente nos artigos de *O Campeão do Vouga*, revela alguma perplexidade, embora a teoria miasmática nunca seja colocada em dúvida. Parece, no entanto, evidente que esta se mostrava insuficiente para explicar as febres intermitentes. Embora seja apenas um caso pontual, um dos médicos envolvidos no debate sobre a insalubridade dos arrozais questiona a exclusividade das teorias humoral e miasmática na explicação da etiologia das doenças e diz claramente que «as febres intermitentes não tem por causa unica as *emanações paludianas*: a historia da medicina abunda em exemplos de epidemias de febres intermitentes observadas sobre differentes pontos do globo, onde não há, nem houve nunca pantanos [...]» (Conceição 1858a, 1, ênfase no original). O questionamento das «emanações paludianas» como única causa da malária não resultava necessariamente numa contestação da teoria dos miasmas, mas sim na concentração em outros tipos de miasmas, intermitentemente relevantes nas teorias médicas, desde a época hipocrática.

A indefinição da «natureza exacta [...] dos miasmas» resultava na admissão de diversos elementos como «causas gerais de putrefacção do ar»; estes «incluíam águas estagnadas e pântanos, vapores de uma variedade de origens incluindo cadáveres de humanos e animais, pessoas doentes, excrementos, alimentos deteriorados, vegetais em decomposição e emanações originárias do solo, através de rupturas ou fendas» (Hannaway 1993, 295). A origem telúrica (ou seja, no solo) das emanações causadoras da malária servia de resposta ao paradoxo da malária sem pântanos. Os desenvolvimentos da química e os recursos técnicos e

⁸ Sobre a química como um pilar da higiene na primeira metade do século XIX veja-se Pereira e Pita (Pereira e Pita 1993, 446-449).

metodológicos desenvolvidos para a análise do ar (ver Hannaway 1993) permitiram também complexificar a questão da origem dos elementos causadores das febres intermitentes, indo ao encontro das observações sobre a fermentação, encarada como um processo químico resultante de acção de agentes vivos, vegetais ou animais (ver Porter 1999, 430) que começara a ganhar alguma expressão – mas pouca credibilidade – no final de primeira metade do século XIX, alcançando maior pujança com os desenvolvimentos trazidos pelos trabalhos de Pasteur.

Em contraponto ao que se passava no distrito de Coimbra, onde a população se opunha à expansão dos arrozais, *O Campeão do Vouga* não relata qualquer reacção popular à cultura do arroz em Aveiro, dando antes voz àqueles que defendiam a sua manutenção e eventual propagação, com base em argumentos científicos, económicos e sociais. Apontando a miséria e a fome como condições predisponentes para a doença, inclusivamente para as sezões, alguns articulistas prediziam, em *O Campeão do Vouga*, que «a destruição dos arrozaes [...] longe de atenuar um mal, que não existe, e que tão arteira e facciosamente se pretexta remediar, virá agravar profundamente a situação já tão precaria e afflictiva do povo, que ficaria depois da destruição das suas searas, igualmente abandonado às suas molestias [...] e além d'isso lutando com todos os horrores da fome e da miseria, consequencia infalível e immediata d'essa medida gratuitamente barbara, oppressora e inqualificavel» (Conceição 1858b, 1). Para além desta dimensão económica e social, as críticas aos opositores dos arrozais e aos alegados excessos na determinação da sua eliminação sugerem também a existência de «interesses de grande monta», bem como «infames vinganças, e pretensões deshonrosas» (Figueiredo 1858, 1).

Contudo, a cultura do arroz gerava também alguma desconfiança entre a população do distrito de Aveiro. O relatório do governador civil, Antero Albano da Silveira Pinto, apresentado à junta geral do distrito em 1857, diz que, apesar das normas seguidas nos campos de arroz, para evitar que se tornassem nocivos à saúde pública, «continuam os arrozaes a ser considerados pelos povos como focos de infecção, e como uma poderosa senão única cauza das molestias reinantes no estio» (Pinto 1858, 2). Neste relatório, as questões de salubridade surgem como explicação das fracas condições de saúde da população, colocando nesta o ónus da sua própria infelicidade pela «falta de cautella que nesta classe de gente se nota em tudo que diz respeito á saude», manifesta, entre outras coisas, nos descuidos alimentares, na exposição às condições climáticas, no uso «immoderado [...] d'aguas muitas vezes de má qualidade», na falta de asseio das suas casas e vestuário. Por conseguinte, o seu estado de saúde deteriorava-se «*independentemente* dos arrozaes» (Pinto 1858, 2).

“Uma Questão Nacional”

Pouco depois, em 1859, nova tentativa foi feita, no sentido de apurar os efeitos dos campos de arroz sobre a saúde pública, com a realização de mais um inquérito. Deste resultou um relatório dividido em quatro partes, redigidas por Manuel José Ribeiro, Sebastião Bettamio de Almeida e Andrade Corvo, cabendo a este último o capítulo intitulado «Estudos economicos e hygienicos sobre os arrozaes». É de notar que nenhum dos relatores era médico. A introdução ao relatório justifica a realização desse inquérito, sugerindo confronto de interesses e ambiguidade no que respeitava ao problema dos arrozais:

Graves queixas contra a cultura do arroz, como exercendo uma funesta influencia sobre a saude das povoações ruraes; louvores exagerados a esta cultura, como origem de grandes lucros para os lavradores, e ao mesmo tempo causa de esgotarem pantanos, de se arrotearem brejos, de se desbravarem charnecas; debates prolongados e calorosos no parlamento e fóra d'elle; resoluções arbitrarías e contradictorias tomadas desordenadamente pelas auctoridades administrativas em diversos concelhos do reino; direitos protectores difficultando o accesso do nosso mercado ao arroz do estrangeiro e das colonias, elevando artificialmente o preço d'esta substancia alimentar; a confusão, a violencia das paixões substituindo-se á rasão esclarecida na apreciação dos factos, tudo contribuiu para tornar de difficil estudo, e ainda de mais difficil solução a importante questão hygienica e agricola dos arrozaes. Para achar a verdade no meio de tão grande desordem, para discriminar o erro entre tantas opiniões oppostas e exageradas, resolveu o governo de Sua Magestade crear uma commissão de estudo, para visitar os arrozaes e colligir a maior copia possivel de informações e documentos sobre a importancia economica e agricola, e sobre as condições hygienicas da cultura do arroz em Portugal (Comissão para o Estudo da Cultura do Arroz 1860, 5).

Embora não integrasse nenhum médico, a comissão encarregada do inquérito dirigia o seu questionário aos clínicos que exerciam nas diversas localidades onde se cultivava arroz. A análise desse questionário permite perceber os modelos teóricos em que assentava não só a associação entre arrozais e malária, mas também as concepções correntes sobre as febres intermitentes (causa, modo de propagação, imunidade). Estes são elementos persistentes e intemporais das práticas discursivas e técnicas que resultavam da relação entre arrozais e malária, simultaneamente consolidando essa relação. Manifestam-se no inquérito as preocupações com a distância entre os arrozais e as povoações mais próximas, a orientação destas localidades em relação aos ventos dominantes, a existência de pântanos e o contributo dos arrozais para a sua salubridade, a existência de pântanos mistos – i.e., pântanos onde se misturavam água doce e salgada –, o método de irrigação dos arrozais usado nas localidades em causa. As questões finais resumem aquilo que, de facto se pretendia apurar com o

inquérito: «Julga haver modo de cultivar o arroz sem prejuizo da salubridade? Julga que será possível fazer um regulamento completo para a cultura salubre do arroz? Pensa que a auctoridade póde bem fiscalisar a execução d'esse regulamento?» (Comissão para o Estudo da Cultura do Arroz 1860, 255).

A comissão dirigida por Andrade Corvo chega a conclusões desfavoráveis à cultura do arroz, apesar das respostas contraditórias obtidas na consulta aos diversos facultativos, tal como sucedera no inquérito de 1854 (publicado em 1857). Muitos médicos referiam a relativa insalubridade dos arrozais, defendendo que esta poderia ser remediada se se sujeitasse as searas a regras estritas e fiscalizadas de irrigação e outros ainda propondo que, onde fosse possível, se introduzisse a cultura do arroz de sequeiro. A comissão pedira mesmo o parecer de Cândido Palhoto que, como se viu, não atribuía aos arrozais o papel principal na causa da malária, defendendo a continuidade da cultura do arroz, ainda que ressaltando a necessidade de garantir a irrigação contínua que permitisse a constante renovação da água nos canteiros, e opondo-se à conversão em arrozais de terrenos anteriormente usados para outras culturas. Apesar das considerações deste e outros médicos – entre as quais se destaca o testemunho dos médicos de Alcácer do Sal, António Maria de Carvalho e José Barata da Silva que, tal como a comissão alcacerense que respondera ao inquérito de 1854 (e da qual António Maria Carvalho fizera parte), se manifestavam favoravelmente em relação à cultura do arroz, considerando que esta contribuía para a salubridade da vila – Andrade Corvo condena radicalmente os arrozais.

Chamado a pronunciar-se sobre o relatório da comissão encarregada do inquérito sobre o arroz e os arrozais, o Conselho de Saúde Pública corrobora o parecer desfavorável daquela comissão mas não indica a proibição total da cultura do arroz; antes, entende que os arrozais devem ser «sujeitos a regulamentação que fixe a sua distancia e orientação relativamente ao povoado, as condições de laboração e as normas de hygiene dos trabalhadores» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 42). Esta tentativa de regulamentar a orizicultura retoma um outro aspecto relacionado com as concepções sobre a epidemiologia da malária então vigentes, referente à defesa dos trabalhadores dos campos de arroz, questão presente no relatório de Beirão. Este aspecto manterá a sua pertinência até bem dentro do século XX, ainda que abordado de formas diversas e à luz de outros conceitos epidemiológicos. A questão da defesa dos trabalhadores rurais estava implícita no próprio inquérito, quando se perguntava se as febres intermitentes afligiam alguma classe em particular e se os trabalhadores dos arrozais eram mais atingidos do que os outros. A ideia de

“Uma Questão Nacional”

que o contacto próximo com a água onde apodreciam as matérias animais e vegetais que davam origem aos miasmas, bem como a concepção de que o ar da noite era particularmente nefasto para a saúde, expondo os trabalhadores rurais à acção dos miasmas, levava ao estabelecimento de horário de trabalho e condições de alimentação que lhes reforçassem a resistência aos agentes morbígenos. Por outro lado, embora fundamentalmente centrados nos elementos ambientais, quer este inquérito quer o de 1854 acabam por combinar considerações sanitárias relacionadas com a salubridade do meio, com aspectos referentes à higiene dos indivíduos e suas condições materiais de vida (habitação, alimentação, trabalho), apontando para uma combinação de factores que, se oferece uma perspectiva holista, revela também a diversidade de associações entre os muitos elementos associados às febres, particularmente à malária, resultando na pluralidade de malárias, de harmonização nem sempre pacífica.

Na esteira das conclusões do inquérito de 1860, também José de Macedo Pinto (1862), no seu trabalho *Medicina Legislativa e Administrativa*, quando se refere à higiene pública, condena totalmente a orizicultura, discorrendo sobre os argumentos em defesa da cultura do arroz dentro de condições específicas e rebatendo-os. É na sequência das suas reflexões sobre «os agentes que podem modificar a saúde dos povos, e influir sobre o seu estado physico e moral» (Pinto 1862, 9) – objecto da higiene pública que, por sua vez, se ocupa do homem em sociedade – que Macedo Pinto reflecte sobre a nocividade dos arrozais, elaborando os seus argumentos por recurso a teorias baseadas no modelo miasmático. A combinação de vegetação, água pouco profunda, de corrente lenta, mais quente por serem os arrozais desprovidos de vegetação alta que os ensombre, bem como a exposição dos terrenos alagadiços e do restolho ao efeito dos raios solares, após a ceifa, contribuíam para transformar os arrozais em fontes de emanações deletérias. Passando em revista os efeitos desses gases na constituição dos indivíduos a eles expostos, defendia que «Deve o governo propôr quanto antes aos corpos legislativos um projecto de lei que prohiba absolutamente a cultura do arroz em Portugal: em objectos de tal ordem a contemporização é funestissima para a saúde, vida e propriedade dos povos» (Pinto 1862, 268).

O persistente confronto de posições em torno dos arrozais e seus efeitos na saúde pública expressa-se também na tese de doutoramento de Filipe Quental (1863), que foi lente de medicina na universidade de Coimbra. Quental reintroduz a temática da própria planta do arroz, negando a especificidade do seu efeito deletério. Contudo, não tinha dúvidas em comparar os arrozais a pântanos, com a mesma nocividade destes, independentemente do tipo de irrigação praticada. Nem mesmo o método de irrigação perene, defendido por Brandão em

1957 como a única técnica aceitável na cultura do arroz, por impedir a estagnação da água e, consequentemente, a criação de pântanos, poderia redimir os arrozais da sua nefasta influência na saúde pública (Quental 1863).

Perante os factos que expõe usando exemplos de várias localidades do distrito de Coimbra, Quental conclui pela total condenação da orizicultura, cuja defesa apenas pode ser explicada «pelas seducções do ouro, que a largas mãos colhiam [os orizicultores], e com mira sómente posta em seus particulares interesses», calando «a voz da justiça, expressa nos queixumes dos que se viam pagando á cultura do arroz a dolorosissima contribuição de sua saude e existencia» (Quental 1863, 10).

Para reforçar a sua condenação categórica da orizicultura, Quental introduz ainda a questão da degenerescência das populações expostas à «intoxicação miasmatica» (Quental 1863, 71). Explica que a acção demorada dos «miasmas sobre o organismo» leva a que a constituição se adapte àquelas condições, aclimatando-se, mas também «soffr[endo] lentas e successivas degenerações, que de força vão recair sôbre a sua progenie». Tratar-se-ia de «um typo de degeneração, em que, physica e moralmente, se revela a serie de phenomenos pathologicos que se encadeam e reciprocamente subordinam para constituir esse chamado *estado degenerante*» (1863, 71). Estas condições, communmente debatidas na época quando se discutia a questão dos efeitos dos climas tropicais nos europeus, não são, para Quental, «peculiares de certas e determinadas regiões ou logares, pois que, em todos os climas e latitudes, a existencia de aguas estagnadas dá os mesmos resultados pathologicos degenerantes» (1863, 72). Conclui dramaticamente, dizendo que «Os habitantes dos logares panthanosos, enfraquecidos e deteriorados pelas frequentes recidivas das febres que os atormentam, dão o sêr a filhos que, veletudinarios e caco-chymicos, transmittem aos seus descendentes germes da hereditariedade morbida» (1863, 74).

As posições de Macedo Pinto e Filipe de Quental sobre os arrozais introduzem ou reintroduzem vários aspectos recorrentes nos debates em torno da relação arrozais e malária, que se mantêm até ao século XX, nomeadamente o da hereditariedade e da degenerescência. Este argumento, como adiante se verá (cap. 3), manter-se-á até à consolidação dos SAS (em 1930), como um dos elementos de definição da malária e de engajamento do interesse governamental. Não será, no entanto, um elemento forte do discurso sobre a malária em Portugal (cap. 3).

A tentativa de regular a cultura do arroz, sujeitando-a a fiscalização e atribuição de licenças, surgida na sequência do relatório de 1860, não teve mais sucesso do que as

“Uma Questão Nacional”

anteriores. Mantinham-se as irregularidades, a que os sucessivos governos tentaram dar resposta com uma sequência de portarias e por fim com a lei de 1 de Julho de 1867, não só punitiva das searas de arroz semeadas sem licença, mas apontando para a tendencial substituição da cultura do arroz por outros produtos (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 43, 44).

Já na década de 1880, *O Conimbricense* dá ainda conta da intervenção de representantes locais da igreja católica, nomeadamente o bispo da diocese de Coimbra, fazendo um apelo em linguagem dramática aos responsáveis políticos da região para que fossem proibidos os arrozais, por representarem uma ameaça real à saúde e à vida dos diocesanos das áreas rurais (Pina 1881). Seguiu-se um decreto restritivo da cultura do arroz no distrito de Coimbra que, pela contestação provocada, deu origem a novo inquérito; o relatório deste inquérito foi da responsabilidade do agrónomo Henrique de Mendia (1883) e, uma vez mais, decidia pela restrição e progressiva eliminação das searas de arroz.

As conclusões a que chegara a comissão nomeada para a realização do inquérito, e que incluía alguns médicos, eram desfavoráveis à cultura do arroz e, em alguns pontos, dramáticas na descrição dos efeitos da persistência das febres intermitente sobre os indivíduos. Dominava ainda a perspectiva miasmática, na análise da relação entre arrozais e malária, considerando a «decomposição de substancias vegetaes n’um meio humido estagnado», em resultado de «pantanos naturaes, paues, charcos, movimentos de terras, vallas de esgoto obstruidas e sem limpeza e a oryzicultura » como a «condição etiológica» (Mendia 1883, 58; ênfase no original) das febres intermitentes.

A teoria bacteriana desenvolvida por Pasteur e Koch estava já consideravelmente instalada na medicina europeia, afirmando-se o primado da causa específica na etiologia das doenças. Com base nesta tendência do modelo etiológico, alguns médicos desenvolviam pesquisa no sentido de identificar nas águas estagnadas das regiões maláricas o microrganismo responsável pelas febres intermitentes (Carvalho 1899). Por outro lado, ainda que sujeitas a desconfianças e críticas, eram também já conhecidas as observações de Laveran, circulando estes novos dados nas revistas médicas portuguesa (ver cap. 1). Contudo, como a história da medicina tem demonstrado, os modelos médicos não se substituem nem se sucedem imediatamente; coexistem e combinam-se, levantando questões e gerando novas hipóteses. Ilustram-no os artigos de António de Almeida (1883) e A.M. Barbosa (1883) (ver cap. 1) e o trabalho sobre arrozais, de Armando Mendes Gaveta (1881). Num artigo em defesa da cultura do arroz, Gaveta expõe uma intricada argumentação que resenha os estudos de

Salisbury sobre a etiologia da malária, onde a fermentação tem ainda um lugar de destaque e se identifica uma alga como causa da infecção malárica. Também as preocupações do relatório de Mendia (1883) reflectem ainda o domínio das noções sobre os ares corrompidos dos pântanos e as emanções telúricas, tanto mais que o relator era agrónomo e não médico.

À vista das respostas dadas pelos dezanove facultativos inquiridos sobre a salubridade dos arrozais na região de Coimbra, o relatório de Mendia defende que «não póde nem deve a orysicultura permittir-se» e propõe medidas «para a sua mais completa e efficaz restricção» (Mendia 1883, 58). Das conclusões deste relatório resulta nova lei sobre a cultura do arroz, substituindo a de 1867. Contudo, «a produção decresceu menos do que seria de prever no último quartel do século XIX e voltou a aumentar a partir do início do século seguinte» (Martins 2005, 230), indiciando a prevalência dos interesses económicos associados à grande rentabilidade da cultura do arroz, que levava as próprias autoridades locais e o governo a empenharem-se pouco na observância dos regulamentos (ver Vaquinhas 1991, 2005; Martins 2005, 231). Sucederam-se outras versões da regulamentação da cultura do arroz, oscilando entre a repressão e a permissão condicionada; «Como se os interesses em jogo determinassem vai-vens num e noutro sentido, as disposições governativas ora avançavam, ora recuavam, sem nunca sanar um problema que se arrastará anos afim, transitando de geração para geração» (Vaquinhas 2005, 45).

Velhas questões no novo século: os arrozais no dealbar do século XX

Se a multiplicidade, heterogeneidade e complexidade de factores e agentes em interacção na questão do arroz e dos arrozais é particularmente visível na região do Mondego – onde os historiadores identificam transformações significativas no mundo agrário, a partir da segunda metade do século XIX (Vaquinhas 1991, 2005; Fonseca 2005) – os inquéritos nacionais e os debates parlamentares revelam que o problema não se circunscrevia àquela região. Considerando as tendências gerais, a segunda metade do século XIX pautou-se por transformações significativas no sector agrícola, de diversa intensidade, carácter e efeito nas diferentes regiões do país (ver Fonseca 2005), com períodos de crise de repercussões igualmente diversas. No período delimitado por Fonseca (Fonseca 2005) entre 1840 e 1880, verifica-se «a expansão da área cultivada e a diversificação produtiva», fruto da iniciativa privada – onde a burguesia tem um papel preponderante – e da «reforma agrária liberal» (2005, 107). Dentro desta tendência geral, se analisarmos regiões específicas – como a do

“Uma Questão Nacional”

Mondego ou o distrito de Leiria, que oferecem exemplos particularmente expressivo na questão da orizicultura – e períodos mais curtos, outros factores (maus anos agrícolas, doenças da vinha; Matias 2002) ajudam também a compreender os debates e polémicas em torno da expansão e recuo da orizicultura.

Nesta confrontação de factores e interesses, as questões de saúde pública e a relação entre febres intermitentes e arrozais são interpretadas de formas diversas pelos vários agentes a quem é dada voz. Assim, o estabelecimento da malária como uma doença parasitária e a identificação do mosquito *Anopheles* como o único transmissor parecia surgir como a solução do problema de equilíbrio entre as razões da saúde pública e as do capital. E, de facto, para os defensores da orizicultura, a «ciência médica» do início do século XX permitia, se não ilibar em absoluto os arrozais da culpa pela incidência da malária, pelo menos redimi-los do papel de causa directa e necessária da doença:

O *sezonismo* foi, enquanto não se descobriu sua causa alheia à cultura do arroz, o colossal inimigo de tal produção agrícola [...] Os legisladores que antecederam o estudo do anofeles, pretendiam matar a *seção* no arrozal e deixavam-na no pântano sob a forma do mosquito contaminador (Castro 1915, 127).

E era neste sentido que o estudo da Inspeção Geral dos Serviços Sanitários, dirigido por Ricardo Jorge em 1903, fazia novo levantamento da situação da orizicultura em Portugal e da relação entre os arrozais e a malária. Embora não se tratasse de um inquérito especificamente dedicado à situação da cultura do arroz, mas antes a avaliar a situação da malária em Portugal, a questão orizícola acabou por ter nele um peso muito significativo.

Jorge fazia o balanço histórico dos arrozais e dos confrontos políticos, legais e sanitários em torno desta questão. Baseando-se nas «formulas da theoria do mosquito» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 53), assumia uma posição crítica em relação à política universalmente restritiva da cultura do arroz. Segundo essas formulas, os arrozais poderiam ser ou não causa das seções, conforme constituíssem ou não viveiro de mosquitos *Anopheles*; complexificava e relativizava ainda mais a relação entre arrozais e malária, introduzindo uma questão que constituiu um ponto brumoso da malariologia até aos anos 30 do século XX e que é a questão da existência de *Anopheles* sem malária («o *anophelismo* existe sem *sezonismo*», Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 15). Mais, Jorge defendia que a cultura do arroz poderia constituir um método alternativo de salubridade ou pelo menos contenção dos efeitos nocivos dos pântanos, cujo enxugo, drenagem e limpeza

constituíam um peso orçamental que muitos diziam ser incomportável. Por conseguinte, nas páginas finais do seu trabalho, o inspector-geral de saúde dizia que o seu propósito era «*mostrar que tudo quanto em tal matéria se pensou, escreveu, decretou e legislou deve ser simplesmente espongado; e reabrir a 'questão dos arrozaes' sobre novas bases e novos fins*. E reabri-la com os dados legítimos da observação e da sciencia, sem os prejuízos nem tão pouco a importunidade d'outrora em que os governos se viam a braços com a tyrannia das formulas e com os pregões apaixonados» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 55; ênfase no original). É clara a tentativa de Ricardo Jorge de conciliar as questões de higiene com as questões políticas e económicas, congregando-as sob o argumento aglutinador da «questão nacional» e sustentando essa convergência com os argumentos irrefutáveis da ciência. Reconfigura, deste modo, a malária em Portugal, introduzindo os elementos chave preconizados pelos estudos internacionais da malária e articulando-os com os elementos tradicionalmente associados à doença, neste país.

O trabalho de Ricardo Jorge serviu de preâmbulo ao relatório do inquérito posteriormente conduzido por este médico e Moraes Sarmiento (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1906), também publicado nos *Annaes de Saude Publica do Reino*, em 1906. Este inquérito não tinha como principal objectivo o apuramento da salubridade dos arrozais, nem o seu relatório lhes faz qualquer referência. Os arrozais surgiam apenas como um elemento adjuvante da distribuição da malária; esta era o objecto central do inquérito, tal como fora do estudo publicado em 1903, apesar do protagonismo que então foi dado à cultura do arroz.

Na senda do debate «médico-científico», os debates parlamentares dos primeiros anos do século XX prolongavam ainda a polémica e as tentativas legislativas sobre a questão orizícola. Com base nos argumentos «científicos», a dimensão económica ganhava novos contornos, na discussão sobre os arrozais (Câmara dos Senhores Deputados 1901b, 1904, 1909). Contudo, persistiam desconfianças em relação à cultura orizícola, como as expressas num projecto de lei sobre contribuição predial, de 1901, em que, partindo da assumpção de insalubridade dos arrozais, se pretendia taxá-los conforme a distância a que se encontrassem das povoações (Câmara dos Senhores Deputados 1901a). No seguimento destes debates e, de certa maneira, respondendo ao apelo de Ricardo Jorge, quando no seu estudo epidemiológico de 1903 insta à regulamentação da orizicultura com base nos conhecimentos existentes sobre a etiologia da malária, surgem novas propostas de lei em Janeiro de 1904 (Câmara dos Senhores Deputados 1904, 79-82) e em Julho de 1908 (Câmara dos Senhores Deputados 1908, 6, 7). Esta última incluía dois artigos referentes à protecção aos trabalhadores

“Uma Questão Nacional”

orizícolas, particularmente o local e modo de construção das suas casas, conforme a topografia do arrozal, e à elaboração de regulamentos de higiene e horário de trabalho nos campos de arroz.

Por conseguinte, a legitimidade dos argumentos economicistas em defesa dos arrozais, com base nos novos dados da ciência médica não afastava dúvidas e hesitações quanto à sua salubridade; assim, tentava-se a harmonização entre as necessidades e vantagens económicas e as exigências da saúde pública, questão cada vez mais incontornável em matéria político-administrativa. Esta maior visibilidade da saúde pública traduz não só as tendências internacionais associadas à economia colonial e à industrialização, mas também à procura de afirmação social da classe médica como grupo profissional detentor de um conhecimento especializado. A era da bacteriologia abria novas perspectivas para a confirmação do poder da medicina, ainda que o progressivo desvendar da etiologia e natureza de algumas das doenças infecciosas mais graves (como a peste, a cólera e a tuberculose) não correspondesse a um ganho proporcional em conhecimentos terapêuticos. Por conseguinte, embora gizada com base em outros modelos explicativos, as intervenções sanitárias sobre o meio, os indivíduos e os seus espaços de trabalho e residência continuaram a ser um instrumento fundamental da administração da saúde.

Em Portugal, estas orientações fazem-se sentir com um reforço do controlo dos médicos sobre as instituições de administração da saúde, às quais estavam também ligados centros de investigação, como os laboratórios bacteriológicos (ver Ferreira 1990). Em 1899, Ricardo Jorge encabeçou uma profunda remodelação da administração de saúde, culminando com a reorganização da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública. Na viragem do século XIX para o século XX, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa constituiu um importante centro de congregação da classe médica, de debate das questões de investigação e ensino médico no país, bem como das políticas de saúde e sua administração. A República trouxe nova reforma dos serviços sanitários, criando a Direcção-Geral de Saúde (1911), ainda com Ricardo Jorge como director (ver cap. 1). Estas remodelações de fundo não tiveram, contudo, os efeitos concretos que uma mera descrição da sua composição, normas e propostas de acção parece implicar; mas ilustram a consolidação da influência dos médicos – dentro dos limites que as questões políticas e orçamentais sempre impuseram – e a tendência da administração sanitária para penetrar e integrar as zonas rurais.

Para além dos factores internos, as tendências internacionais em matéria de controlo da malária tiveram também o seu efeito no contexto português. Nos primeiros anos do século

XX, a Itália era uma referência incontornável no delineamento de planos para a resolução do problema da malária na Europa, quer do ponto de vista das estratégias adoptadas, quer da legislação que as sustentava (ver Snowden 2006; ver tb. cap. 1). Foi este modelo italiano que inspirou algumas propostas para a tentativa de regulamentação da cultura do arroz em Portugal, no início do século XX. Em 1909, dois novos elementos se introduziam no debate e nas propostas de lei sobre esta matéria: a quinização (tratamento dos infectados com malária, com quinino distribuído gratuitamente) e a organização do «combate contra a infecção sezonática» (Câmara dos Senhores Deputados 1909, 54). Estas disposições traduzem alguma cautela nas tentativas de resolução da polémica em torno dos arrozais, sugerindo que uma solução efectiva não se esgotava no saneamento da própria cultura, através de melhoramentos técnicos e regras para a manutenção dos canteiros.

Era na própria dimensão económica que se procurava argumentos para introduzir uma nova orientação na resolução do problema da malária, não exclusivamente centrada nas intervenções sobre o meio – característica do modelo sanitarista dominante no século XIX e reformulada no século XX –, regulando e limitando a cultura do arroz, mas olhando cada vez mais para as possibilidades de tratamento e protecção dos indivíduos. Assim, invocando «o que a malária rouba de energias que tornariam o solo mais fecundo e mais compensador», a proposta de lei de 20 de Março de 1909 defendia o uso terapêutico e profilático dos sais de quinino (Câmara dos Senhores Deputados 1909, 55), que, no entanto, apenas foi regulamentado depois da instauração da República, com a criação da Comissão de Defesa Anti-Sezonática (ver cap. 1, p. 68). Se esta era uma forma aparentemente convincente de levar avante os interesses económicos, era também um reconhecimento dos efeitos nefastos da orizicultura sobre a saúde das populações; contudo, a disputa sobre essa questão parecia agora ultrapassável pelas possibilidades terapêuticas e profilática trazidas pelos novos modelos médicos relacionados com a etiologia da malária.

No entanto, as propostas e os debates ignoravam uma questão fundamental subjacente à legislação italiana: o reconhecimento da malária como uma doença do trabalho, uma vez que eram sobretudo os assalariados rurais, mineiros, trabalhadores empregados na construção de obras públicas, quem contraía a doença (ver Snowden 2006, 54, 107). Na primeira década do século XX, médicos e activistas políticos italianos defendiam mesmo que «a guerra à malária e a vitória no estabelecimento dos direitos dos trabalhadores eram interdependentes» (Snowden 2006, 107). A lei italiana de 1907 regulando o trabalho nos arrozais – invocada no parlamento português como exemplo a seguir, ainda que sem esmiuçar o seu conteúdo –,

“Uma Questão Nacional”

relacionava as dimensões dos direitos laborais, dos direitos das mulheres e da luta antimalárica, conferindo, por conseguinte, às estratégias de controlo da malária uma dimensão social e política. De resto, a campanha antimalárica italiana tinha a colaboração dos sindicatos de trabalhadores na sensibilização do campesinato para as campanhas de profilaxia da malária, que previam a melhoria das condições de trabalho, habitação e higiene dos assalariados rurais (Snowden 2006). Assim, na primeira década do século XX, e através das campanhas de quinização, os campos de arroz e as mondinas italianas estiveram na primeira linha da formação de uma consciência de direitos e justiça social e laboral, entre o campesinato, e entre as mulheres em especial (Snowden 2006, 112). Esta inspiração socialista da campanha de quinização em Itália entroncava claramente na concepção dominante entre os malariologistas italianos da malária como uma doença social, cujo controlo efectivo passaria pela transformação das condições de vida das classes desfavorecidas – particularmente os assalariados rurais –, identificando nessas condições factores determinantes da vulnerabilidade à doença (ver cap. 1).

Será a malária uma doença social?

O Estado português ou os seus parlamentares não ignoravam as questões sociais e laborais (ecologia política?; ver Brown, Inhorn e Smith 1996) subjacentes à relação entre arrozal e malária; as condições de trabalho, habitação e higiene eram apontadas como factores coadjuvantes na incidência e distribuição da doença. Assim, as propostas para a regulamentação da orizicultura, apresentadas no parlamento em 1909, não diferiam significativamente das leis italianas, seu modelo assumido. Contudo, as ilações tiradas dessa relação, bem como a passagem das propostas à regulamentação e da regulamentação à prática acabavam por boicotar qualquer prenúncio de transformação de fundo nas relações e condições de trabalho dos assalariados rurais empregados na orizicultura, com base em estratégias de controlo da malária.

Para além deste aspecto, o encargo da compra e distribuição de quinino entre os seus empregados, atribuído aos proprietários dos arrozais nas propostas de lei e, mais tarde, na regulamentação efectiva da cultura do arroz, ou a imposição de que garantissem aos seus assalariados alojamento defendido dos mosquitos, geram alguma perplexidade quanto às suas motivações. Estar-se-á perante princípios paternalistas, implícitos na relação hierárquica entre proprietários/rendeiros e assalariados rurais, ou diante de estratégias tendentes a minorar os

efeitos das desigualdades sociais, prevenindo assim o eclodir de tensões e conflitos? Mais, seriam esse «paternalismo» e hierarquização estatutária fundados na representação dos assalariados rurais como indivíduos embrutecidos, por vezes adjectivados na imprensa republicana de ignorantes e supersticiosos (Ramos 1994, 450), necessitando de «acção civilizadora» quer por via da alfabetização quer pela da higienização?

Durante o século XIX e início do século XX, as classes dominantes (médicos, intelectuais, políticos) oscilavam entre representações do homem do campo «como humilde, honesto e trabalhador, vivendo numa eterna *pax rustica*» e concepções de um ser «obsuro e animal» (Vaquinhas 1993, 480). A estas representações contrastantes associavam-se visões do camponês sadio e robusto, divergindo das imagens do camponês mal nutrido, fraco e doente (Vaquinhas 1993, 479). Se os discursos médicos do século XIX, em torno das implicações sanitárias dos arrozais, pareciam favorecer sobretudo esta ideia do camponês faminto, vulnerável e adoentado, algumas vezes a responsabilidade por esta condição era imputada aos próprios camponeses, como se vê na argumentação de Palhoto, atrás explanada, elidindo as assimetrias sociais decorrentes, entre outros factores, dos modelos de propriedade e das condições laborais dele decorrentes.

Noutra vertente da dimensão social da malária, mais exactamente a sua relação com a pobreza, Ricardo Jorge, no relatório da Inspeção-Geral dos Serviços Sanitários de 1903, seguia de perto as conclusões dos malariologistas italianos. Defendia que «o sezonismo é do mesmo par uma causa e efeito da miseria; empobrece e encarna-se contra os pobres. Quem anda mal alimentado e mal tratado, mais atreito está a apanhar as febres». No entanto, estas reflexões sobre o peso dos factores sociais na epidemiologia da malária não o levavam a tecer considerações sobre a ordem social que lhes subjazia; antes, e remetendo para o trabalho de Celli sobre os arrozais em Itália, as suas apreciações sobre o «par pobreza-malária» iam no sentido de defender a cultura do arroz, uma vez que destas searas resultaria «uma riqueza – a alimentação e o conforto do trabalhador rural» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 55).

A ambiguidade das representações sobre o homem do campo perdurou nas primeiras décadas do século XX, reconfigurando-se de acordo com ideologias e programas. Assim, o camponês era descrito como depositário da pureza ancestral da raça (Sardinha 1915), como o «outro», boçal e selvagem, objecto de estudo e da acção civilizadora/educativa da burguesia citadina (Ramos 1994), mas também como assalariado despojado de direitos e desprotegido. Neste contexto de representações díspares, o problema da malária, classificada como uma

“Uma Questão Nacional”

doença depauperante, recorrentemente caracterizada pelos médicos como degenerativa, esgotante e limitadora das capacidades físicas e mentais, aparecia, por vezes, integrado nas elucubrações patrióticas/nacionalistas da primeira república.⁹ Surgia, por exemplo, no trabalho de Bento Carqueja (1916) intitulado *O Povo Português*, quando se referia à necessidade de desenvolver estudos sobre a morbilidade em Portugal, de forma a avaliar a robustez e vitalidade do povo. Contudo, a malária não entrava nas linhas programáticas das propostas ideológicas sobre o progresso da nação, nem era um elemento fundamental nas produções sobre raça e identidade nacional. Como se viu, a relação entre malária e degenerescência racial é evocada nos documentos médicos, pelo menos desde a segunda metade do século XIX; mas o argumento do depauperamento da raça é apenas um, entre outros, para defender a necessidade de estudar e controlar a doença em Portugal. Ricardo Jorge usou este argumento, sem o desenvolver ou transformar em cerne do problema da malária, ou em programa eugénico de higiene social (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 2; ver cap. 1). Também Silva Telles se referiu à «prejudicial influencia da malaria sobre a degenerescencia da raça» (*A Medicina Contemporânea* 1904, 66), na medida em que os indivíduos impaludados transmitiriam o seu depauperamento às gerações seguintes, colocando em risco o futuro do país. No entanto, mais do que uma questão estritamente ideológica, a relação entre raça e nação era uma representação corrente – um «modelo cultural»; ou seja, «uma ferramenta cognitiva que os membros da sociedade usam para pensar» (Packard e Brown 1997, 181) – nas sociedades ocidentais do final do século XIX e da primeira metade do século XX.¹⁰

A caracterização do campesinato português da viragem do século XIX para o século XX, como um grupo social fragmentado sem «uma cultura comum, como a que a educação formal dava às classes médias», que «não se sentia próximo dos da aldeia próxima [...]» (Ramos 1994, 89), predominantemente estranho à ideologia burguesa de Estado e Nação, desconfiando da autoridade estranha à comunidade e essencialmente empenhado na defesa dos seus interesses imediatos (ver Ramos 1994), dentro das fronteiras do seu núcleo de residência e trabalho, explica os contrastes persistentes entre campo e cidade e enquadra a ambiguidade das concepções das classes dirigentes sobre o homem do campo, variando entre o bucolismo e a reprovação.

⁹ Para uma análise sumária dos autores, correntes e linhas argumentativas em torno da identidade nacional portuguesa, durante o final do século XIX e a primeira metade do século XX, veja-se José Manuel Sobral (2004). Sobre a cultura popular portuguesa e a identidade nacional veja-se João Leal (2000).

¹⁰ Para uma análise mais detalhada sobre teorias de raça e correntes ideológicas a elas associadas, em Portugal, veja-se Pereira (2001), Sobral (2004), Matos (2006).

Este cenário ajuda a compreender os episódios circunscritos no tempo e no espaço, de contestação aos campos de arroz e a variabilidade geográfica de recepção à cultura deste cereal. Confere também algum sentido à inexistência de contestação, à escala nacional, dos grupos sociais identificados como mais vulneráveis à malária, em relação ao impacto dos arrozais na sua saúde. Por outro lado, a inexistência de qualquer acção continuada de controlo da malária, no terreno, anulava a possibilidade de se repetir em Portugal a politização e sensibilização social alcançadas com o contributo das campanhas de quinização em Itália (Snowden 2006). De resto, a organização sindical dos assalariados rurais e as suas acções grevistas que se fizeram sentir nas duas primeiras décadas do século XX, não tiveram a saúde (menos ainda a malária), como bandeira reivindicativa ou elemento de consciencialização para as desigualdades entre grupos sociais. Percorrendo os números esparsos do jornal *O Trabalhador Rural*, órgão da Federação Rural de Évora, publicados entre 1912 e 1914 com alguma irregularidade, não encontramos nos discursos sindicalistas sobre as condições de vida e trabalho dos assalariados rurais quaisquer referências à saúde. Em contraste, defendia-se o direito à educação e a sua importância (Basto 1913a, 1913b; Anónimo [Manuel Ferreira Quartel] 1914). O proletariado rural não era indiferente à questão da saúde ou antes, da assistência na doença e invalidez; mas esta estava contemplada nas competências e atribuições das associações em que se organizavam os trabalhadores rurais, pelo menos em algumas regiões do país, onde a tensão social nos campos era mais notória (ver Madeira s.d.).¹¹

Estes factos sugerem que, em Portugal, não se atribuía à malária o peso e a repercussão económica e social que lhe eram reconhecidos em Itália, ainda que alguns médicos insistissem na sua gravidade, oculta pela inexistência de registos e pelas dificuldades de penetração da medicina nas áreas rurais. Essa insistência resultava também do facto de a malária ser, para além da varíola, uma das poucas doenças sobre a qual a medicina acreditava ter então meios de prevenção e tratamento, ilustrando que «os problemas de saúde são definidos de acordo com as soluções disponíveis» (Packard e Brown 1997, 185). No entanto, ainda que a malária proporcionasse uma via potencial de incursão da medicina e da autoridade do Estado sobre áreas afastadas dos centros decisórios, as propostas para o seu controlo não conseguiam mobilizar a classe médica e os professores, no sentido de desenvolverem um esforço conjunto de acção sanitária e educação, como sucedera em Itália.

¹¹ A título de curiosidade, note-se que João Madeira (s.d.) refere um número considerável de mulheres inscritas nos sindicatos rurais formados no concelho de Santiago do Cacém, entre 1910 e 1914.

“Uma Questão Nacional”

Mas este cenário não foi impeditivo de um novo fôlego legislativo sobre a cultura do arroz, nos primeiros anos da República, cujo ideário de reforma e revitalização nacionais favorecia iniciativas higienistas, bem como iniciativas de desenvolvimento económico. Por outro lado, a conjuntura internacional, marcada pela I guerra mundial, influía também nas opções legislativas ligadas à produção agrícola. Um decreto de 18 de Outubro de 1915 incluía o regulamento para a cultura do arroz, que veio a ser aprovado em Fevereiro de 1916. O texto do regulamento lembra as propostas restritivas feitas durante a segunda metade do século XIX, sujeitando a sementeira/plantação de arroz à atribuição de licenças pelas comissões de orizicultura, a terrenos que observassem condições específicas, nomeadamente a possibilidade da cultura do arroz «sob o regime de águas correntes», o único permitido por lei (Ministério do Fomento - Direcção Geral da Agricultura 1916, 158). Mas, no capítulo referente ao «Fomento orizícola», o artigo 28º contempla o «incitamento e estímulo ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da cultura do arroz» (Ministério do Fomento - Direcção Geral da Agricultura 1916, 159). Os orizicultores ficavam, no entanto, obrigados a «Resguardar as casas de dormir contra a invasão de mosquitos», «fornecer gratuitamente a quinina necessária para o combate curativo e preventivo do sezonismo entre o pessoal operário do arrozal, conforme as prescrições da autoridade sanitária [...]», «pôr em prática os processos larvicidas indicados pelas comissões de orizicultura [...]» (Ministério do Fomento - Direcção Geral da Agricultura 1916, 158). Uma vez mais impunha-se distâncias regulamentares dos arrozais em relação às povoações, distâncias essas a determinar pelas comissões distritais. Desta forma, as questões de higiene e saúde pública entravam definitivamente na letra da lei que, não sendo pesadamente restritiva e tendencialmente eliminadora daquela cultura, era cautelosa e condicionadora da sua prática.

Contudo, e como atrás ficou dito, a legislação sobre orizicultura e a sua relação com a malária não constituía um móbil de transformações nas leis laborais, não tinha pretensões de «revolução social», nem classificava a malária como uma doença profissional, pelo que as semelhanças com a lei italiana iam só até um certo ponto: «Não se imp[unha] o descanso (*sic.*) semanal nem obriga[va], como a lei italiana, o orizicultor a dar durante o dia um certo numero de horas de folga aos seus operarios, nada disp[unha] sobre as condições das habitações dos camponeses da região, não receitu[ava] o seguro obrigatorio contra os accidentes de trabalho agricola, etc.» (Machado 1917, 120).

No entanto, a regulamentação da protecção aos trabalhadores rurais contemplava determinações específicas sobre o trabalho das mulheres e das crianças. Estabelecia a

interdição de empregar «mulheres no último mês de gravidez e nos meses seguintes ao parto, assim como as crianças de idade inferior a treze anos» (Ministério do Fomento - Direcção Geral da Agricultura 1916, 158). Seguiu-se o modelo da legislação italiana, com base na constatação médica de que a malária entre as mulheres grávidas era causa de abortos, nascimentos prematuros e mortalidade neo-natal (ver Snowden 2006). Este problema ia, em certa medida, ao encontro das preocupações sobre a vitalidade da raça. Mas reflecte também os princípios da política económica, preocupada em defender a manutenção e reprodução da força de trabalho, subjacentes aos programas de saúde pública, tornando-os mais insinuantes junto do poder político.

Outras polémicas

Se podemos seguir as transformações nas concepções administrativas e médicas em relação à orizicultura, mais uma vez a perspectiva da população em geral sobre esta questão está ausente das fontes da história. O mais próximo que podemos chegar da visão «leiga» sobre os arrozais é através dos periódicos; contudo, estas fontes não dão necessariamente voz à massa dos trabalhadores rurais, analfabetos, por regra arredados da intervenção política (sem direito de voto) e sem capacidades significativas de influência junto das esferas administrativas. Assim estamos perante a impossibilidade de «conhecer» como era a malária para aqueles que eram o principal objecto dos discursos sobre a vulnerabilidade à doença, sobre a influência dos arrozais na saúde dos indivíduos, bem como o centro das propostas de acção profiláctica e curativa da malária; pelo menos para as primeiras décadas do século XX, já que, para o período entre 1940 e 1960 é possível resgatar algumas memórias entre a população das localidades produtoras de arroz (ver cap. 5).

No século XX, para o caso concreto da questão dos arrozais relacionados com a saúde pública, embora haja notícia esporádica de protestos, não se fala de levantamentos com o dramatismo daqueles relatados no século XIX. Nas primeiras décadas do século XX, os periódicos dos concelhos onde existiam campos de arroz e onde a malária era endémica, dão voz a posições contraditórias em relação à orizicultura. Por exemplo, no jornal *Pedro Nunes*, publicado em Alcácer do Sal, encontramos artigos acérrimos na defesa do arrozal, nos primeiros anos do século (Anónimo 1908, 1) e, alguns anos mais tarde, outro artigo condenando tenazmente a permissão camarária para o plantio de arroz «defronte desta vila de Alcacer do Sal» (Anónimo 1913, 1). Dos discursos inflamados, umas vezes refutando a

“Uma Questão Nacional”

classificação de Alcácer como terra de sezões, outras julgando a vila condenada às investidas do sezonismo, pela presença dos arrozais, classificados como «pântanos», sobressaem ainda denúncias da «política de *alpendre e campanario*» (Anónimo 1904, 1, ênfase no original) e de «compadrios» (Anónimo 1913, 1), remetendo, uma vez mais, para o jogo dos interesses locais na questão da orizicultura.

No seu trabalho de 1903, sobre a malária, Ricardo Jorge apresentava os novos conhecimentos sobre a etiologia e transmissão da doença como a chave para a resolução dos conflitos surgidos em torno da ligação entre arrozais e malária, permitindo identificar os locais e as condições que tornavam os arrozais insalubres ou benéficos. A resenha crítica que fez dos inquéritos e legislação sobre a cultura do arroz, e sobre os principais episódios de contestação à actividade orizícola pode parecer uma apologia das searas de arroz; tanto mais que enfatizava os «interesses superiores» conjuntos da «Hygiene, lavoura e finanças», nesta matéria. Mas, na minha interpretação, esta posição do inspector-geral de saúde pretendia sobretudo marcar fronteiras entre os conhecimentos e potencialidades da higiene, no que tocava à malária, antes e depois da identificação do *Plasmodium* e do *Anopheles* como protagonistas da epidemiologia desta doença. Ao mesmo tempo, a ênfase constante na possibilidade de usar os novos conhecimentos sobre a malária para resolver a «questão sanitária das sezões e dos arrozaes» manifestava um esforço para provar a importância incontornável da higiene e do saber especializado dos médicos, na resolução de «uma questão nacional por excellencia» (Inspeção Geral dos Serviços Sanitários 1903, 57).

A organização de um serviço dedicado ao tratamento e profilaxia da malária apresentava-se ao poder administrativo como a panaceia para o problema sanitário dos arrozais; mas era também, de certa forma, a confirmação da insalubridade dos campos de arroz, objecto de disputas políticas e médicas durante quase um século. Ao mesmo tempo, no caso português, os arrozais passavam de objecto de disputas quanto à causa ou origem das sezões, a elemento fulcral da demonstração do poder interventivo da medicina no controlo e eliminação da malária. Esta constatação elege a necessidade de defender os interesses económicos – públicos e privados – ligados à orizicultura, como um dos factores que favoreceu a constituição da malária como um problema de saúde pública e a organização de um serviço de saúde que lhe desse resposta. Outros factores, como as políticas internacionais de saúde pública, a circulação do conhecimento científico e a própria conjuntura política nacional pesaram no rumo do controlo da malária em Portugal (ver caps. 1, 3 e 4). A cultura do arroz, embora em expansão, não tinha um peso tão significativo na produção agrícola ou

na economia nacionais como o trigo ou o milho. Os próprios SAS eram, no início da década de 30, um departamento sem autonomia (na Direcção Geral de Saúde), com recursos limitados e acção circunscrita (ver cap. 3). Contudo, a ênfase dada à relação entre arrozais e malária desempenhou um papel simbólico basilar para a sistematização de conhecimentos sobre a malária em Portugal, culminando na formação da malariologia como área especializada de pesquisa e na criação das estações e postos anti-sezonáticos.

Os Serviços Anti-Sezonáticos e a cultura do arroz I: novas tensões

Tomando o caso de Azambuja, o incremento da cultura do arroz nos campos em torno daquela vila, nos anos 30 do século XX, despoleta uma polémica semelhante à que acontecera nos campos do Mondego, em meados do século XIX. Segundo Pereira (2004), a cultura do arroz veio aproveitar as valas e canais existentes nos campos em torno da povoação, substituindo-se ao milho e ao trigo, até aí dominantes. Se esta substituição não correspondeu a uma alteração significativa da estrutura agrária e das relações de trabalho dela decorrentes, como parece ter sucedido no século XIX na região do Mondego, ela não deixou de representar uma transformação no sistema agrário da região, nomeadamente no que respeita à diversidade de culturas, ao rendimento das terras e dos seus proprietários, bem como à distribuição sazonal dos trabalhos agrícolas e dos vencimentos dos assalariados rurais. Estas transformações teriam, eventualmente, repercussões na ordem social local. A acrescentar a estes factores, verificou-se por aquela época, segundo a imprensa local (cf. Pereira 2004), um incremento dos casos de malária, facilmente associados ao crescente número de campos de arroz que rodeavam a vila de Azambuja.

Em 1933 fora criada a Comissão Reguladora do Comércio do Arroz (CRCA); no ano seguinte «regulamentava-se o comércio do arroz (Decreto n.º 23 616 de Fevereiro de 1934 [...]) e criava-se o Grémio dos Industriais Descascadores de Arroz (Decreto-Lei n.º 24 517 de Setembro de 1934)» (Baptista 1993, 128). O período entre 1932 e 1936 conheceu também um crescimento significativo da área de arrozais e da produção de arroz (19131 ha [área média anual] e 52784 t [produção média anual]), comparativamente com o quadriénio anterior (12062 ha [área média anual] e 23261 t [produção média anual]) (Baptista 1993, 128). Este crescimento foi acompanhado da promulgação de um decreto estipulando que «Na compra e venda de arroz de produção nacional entre os produtores e industriais a Comissão Reguladora do Comércio do Arroz cobrará de cada vendedor e de cada comprador a taxa de 5 milavos por

“Uma Questão Nacional”

quilograma de cereal transaccionado» e que o produto resultante dessa taxa se destinaria «a auxiliar a luta contra o sezonismo, em harmonia com o plano adoptado pela Direcção Geral de Saúde e por intermédio desta» (Ministério do Comércio e Indústria - Direcção Geral do Comércio e Indústria 1934, 551). Este financiamento era o preço a pagar pela expansão da produção arrozeira; era a garantia da panaceia que evitaria acusações e tensões, removendo assim potenciais obstáculos à cultura do arroz. Por outro lado, se o decreto reconhecia a autoridade da DGS no planeamento do controlo da malária, bem como na gestão do valor arrecadado com a taxação do cereal, as decisões deste organismo máximo da saúde ficavam condicionadas pelos interesses dos orizicultores. Esta decisão gerara mesmo alguma crispação entre o presidente da CRCA e Faria, uma vez que, aparentemente, foi tomada sem o conhecimento do director-geral de saúde e, no seu seguimento, eram apresentadas propostas que, no entender de Faria, colocavam em causa a autoridade da DGS.¹²

Embora a área de campos de arroz tenha crescido sempre, só voltou a verificar-se um aumento tão acentuado no início dos anos 50, quando as obras de hidráulica agrícola promovidas pelo Estado Novo desde 1930, ano da criação da Junta Autónoma das Obras de Hidráulica Agrícola,¹³ produziram efeitos mais significativos (ver Baptista 1993).

O Plano de Obras de Hidráulica Agrícola, de 1938, particularmente o Plano de Rega do Alentejo, anunciava a intenção política «duma intervenção da estrutura fundiária», passando, entre outros aspectos, pela «reconversão do sistema de produção em relação ao regadio tradicional no Sul – onde imperava o arroz – que exigia, nomeadamente, uma diversificação de produções associada a mais elevados níveis de emprego ao longo do ano» (Baptista 1993, 78). Esta proposta lembra a *bonifica integrale* levada a cabo por Mussolini, em Itália,¹⁴ ou o processo de «modernização capitalista da agricultura», verificado em

¹² Este atrito é largamente tratado e documentado na carta que Faria envia a Salazar, a propósito das acusações que pendiam sobre alguns serviços da DGS e sobre os conflitos dentro dos serviços anti-sezonáticos, tendo por protagonista Fausto Landeiro (Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, Torre do Tombo (TT)/Arquivo Salazar (AOS)/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319).

¹³ «Relativamente à hidráulica agrícola, no plano do aparelho de Estado, a primeira medida relevante tomada pelo regime oriundo do 28 de Maio foi a criação da Junta Autónoma das Obras de Hidráulica Agrícola – Decreto n.º 18865, de 8 de Setembro de 1930 – de que ficava dependendo [...] a Divisão de Hidráulica Agrícola até então existente na Direcção Geral do Fomento Agrário. A estrutura da Junta foi reajustada no ano seguinte – Decreto n.º 20329, de 19 de Setembro de 1931 –, mas uma reorganização em grande escala só veio a ser determinada através do Decreto n.º 25049, de 16 de Fevereiro de 1935 [...].

Nesta reorganização a Junta passou do âmbito do Ministério da Agricultura para o do Ministério das Obras Públicas e Comunicações [...], vindo, mesmo, a ser integrada da Direcção-Geral dos Serviços Hidráulicos – Decretos-Lei n.ºs 37596, de 3 de Novembro de 1949 e 37707, de 30 de Novembro de 1949» (Baptista 1993, 69, 70).

¹⁴ Em Itália, até à I guerra mundial, o problema da malária enquadrava-se nos discursos e projectos políticos ligados, primeiro ao nacionalismo resultante da unificação do país e, mais tarde, a programas de desenvolvimento social e económico da população, tendo as ideologias socialista e comunista como

Espanha, envolvendo também um programa de irrigação e povoamento de regiões específicas, ao qual Perdiguero-Gil (2005) sujeita a campanha antimalárica em Espanha. O programa português parece, tal como as reformas italiana e espanhola, adequado ao desenvolvimento de um plano para o controlo da malária, uma vez que envolvia a multiplicação de pontos de água propícios à proliferação de mosquitos, bem como a fixação de um número maior de habitantes nas regiões abrangidas pelo plano de hidráulica agrícola. Por outro lado, prevendo a diversificação de culturas em detrimento do arrozal, as obras de hidráulica agrícola poderiam implicar um recuo dos casos de malária, uma vez que os campos de arroz eram identificados pelos médicos como os principais focos de produção de *Anopheles* transmissores da doença. Mas, se em casos pontuais as obras de hidráulica foram acompanhadas pelos SAS, a semelhança com a *bonifica* italiana esgotava-se aí; nada indica que houvesse um plano articulado entre os serviços de hidráulica e os anti-sezonáticos.

Para além disso, segundo os dados apresentados por Fernando Oliveira Baptista (1993), algumas das obras entraram em exploração tardiamente, quando os casos de malária eram já residuais. O seu maior impacto na incidência da malária poder-se-ia ter feito sentir durante a construção (especialmente porque as obras eram demoradas); mas encontrei raras referências à intervenção dos SAS durante esse período (ver cap. 4). Contudo, o aumento da área de regadio, proporcionado pelas obras de hidráulica agrícola, não teve o efeito de diversificação das culturas, nas regiões arroteiras; antes, «a tradição orizícola prolongou-se para além da entrada em exploração, acompanhando a expansão da área regada», devido «ao peso da própria tradição, às características de algumas manchas de solos mas, sobretudo [...], aos rendimentos auferidos com o arroz» (Baptista 1993, 83). Neste cenário, os SAS ganhavam legitimidade não em articulação com o programa de hidráulica agrícola mas como resposta à

inspiradoras; depois da guerra, que tivera resultados desastrosos no controlo da malária, este problema foi também apropriado pelo programa fascista de Mussolini. As «campanhas antimaláricas» constituíam «uma parte central da política interna fascista, envolvendo a substância do regime e a imagem que este procurava projectar no mundo» (Snowden 2006, 142). O programa de *bonifica* consistia numa intervenção técnica com objectivos de transformação social e económica. Tratou-se da recuperação de uma extensa região em torno da cidade de Roma (campagna romana) e dos pântanos Pontinos situados ao sul desta região. Implicou grandes obras de engenharia, como a construção de um grande dique para acumulação das águas drenadas dos pântanos através de uma rede de canais e da condução dessas águas para o mar. Depois de enxugada e desbravada a terra, estabeleceram-se colónias agrícolas para a fixação de camponeses sem terra, servidas por estradas, escolas, centros de saúde, hospitais. Este projecto de «grande bonifica» envolveu ainda medidas directamente destinadas ao controlo da malária como a instalação de portas e janelas mosquiteiras nas casas dos colonos, introdução de peixes larvívoros nas concentrações de água e o uso de verde de Paris para a eliminação de larvas de mosquitos nos cursos de água. Em muitas das novas colónias agrícolas instalou-se gado estabulado e próximo das habitações humanas, para atrair os mosquitos vectores da malária. Era também distribuído quinino a ser tomado preventivamente pelos novos colonos (Snowden 2006). Para uma descrição e análise mais detalhada do programa de «grande bonifica», suas motivações, objectivos e efeitos veja-se Snowden (1999; 2006) e Packard (2007).

“Uma Questão Nacional”

expansão dos arrozais, efeito deste programa, monitorizando os campos de arroz e protegendo a população das regiões envolventes.

Não prefigurando necessariamente um caso de hegemonia na concepção das doenças e da maneira de as explicar e as tratar, nos anos 30 a medicina estava já suficientemente implantada nas zonas rurais para integrar, pelo menos, a pluralidade de definições e terapêuticas da malária, conjuntamente com as práticas curativas leigas; ou seja, o discurso e elementos introduzidos pela medicina na composição da malária eram apropriados localmente e recombinaados com outros elementos excluídos da malária médica, produzindo a pluralidade das malárias locais. E foi também nos anos 30 que se procurou reorganizar e expandir os «serviços assistenciais na doença» (Ferreira 1990, 271), propiciando a criação dos postos anti-sezonáticos e o desenvolvimento dos contactos com a Fundação Rockefeller (FR), a fim de conseguir ajudas para a promoção da saúde pública em Portugal (ver cap. 4).

Assim, progressivamente reuniam-se condições que conferiam aos SAS um lugar na ordem administrativa e na ordem social das regiões agrícolas, especialmente as produtoras de arroz. E esta posição potenciava o seu papel de mediadores ou o seu poder de resolver novos momentos de tensão entre produtores de arroz e populações.

Entre 1929 e 1935, o médico azambujense Motta Cabral publicou na *Medicina Contemporânea* e no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* vários artigos analisando a relação entre arrozais e malária, sempre em tom muito crítico. Entre Março de 1929 e Fevereiro de 1930, denunciava, em linguagem dura, a expansão dos arrozais nas cercanias da vila de Salvaterra de Magos, vaticinando que o Ribatejo se tornaria inabitável, chegado o Verão, aumentando largamente o número de casos de malária (Cabral 1929a). Denunciava também a extensão de arrozais às regiões de Azambuja e Vila Franca, acusando a «garra adunca do arrozeiro, que põe na região taboetas de perigo de morte» (Cabral 1930, 43) e lamentando a inexistência de um serviço de quininação promovido pelo Estado:

Eu não sou contra a cultura do arroz. [...] Mas sou contra a orisicultura tal como no Ribatejo se pratica, em terrenos de várzea susceptíveis de outras searas, e em tão más condições que forma pântanos onde não existem. Que a cultura do arroz se faça; mas evidentemente como deve ser feita e onde possa fazer-se, para que dela resultem benefícios. Que só seja consentida quando efectuada nos paúis [...].

E o artigo 13 do Regulamento («Diário do Governo» de 17 de Fevereiro de 1916 – 1.^a Série n.º 29): *a cultura do arroz é permitida, apenas, sob o regime de águas correntes*. Mas estas condições não são observadas e o serviço *anti-sezonático de quininação pública*, anunciado no artigo 2.º, não

aparece nunca mais. Assisadas são as disposições higiénicas do regulamento; mas não se cumprem, e os arrozais cá no Ribatejo são pântanos que se criam, com viveiros de anoféles.

O campo de Salvaterra e a várzea de Benavente estão cheios de arrozais e dentro de meses toda esta região e cercanias estará sob um verdadeiro flagelo (Cabral 1929b, 139).

Em 1930, fez na SCML um apelo à intervenção daquela instituição, em favor dos habitantes do vale do Tejo e apresentou números dramáticos de casos de malária, com episódios de formas graves e mortais (A Medicina Contemporânea 1931d; Cabral 1929b, 139). Os artigos de Motta Cabral na revista *A Medicina Contemporânea* criticavam a inércia das autoridades competentes ante o avanço dos arrozais, protegidos «por uma lei sôbre orizicultura vexatória da mentalidade lusitana», apelando a nova legislação que regulasse a prática daquela cultura, ameaçadora para a saúde pública e denunciando a subjugação da saúde à economia (Cabral 1933, 3).

Na *Medicina Contemporânea* multiplicavam-se ainda os artigos sobre o exacerbamento da malária, apelava-se à organização e extensão de um serviço anti-sezonático, fazia-se eco das reclamações dos azambujenses, sobre a proximidade dos arrozais em relação à vila de Azambuja, mas também dos apelos das populações da região de Setúbal e Alcácer do Sal, pedindo intervenções urgentes para deter verdadeiras epidemias de malária (A Medicina Contemporânea 1933d).

A mesma revista médica transcrevia também algumas notícias da imprensa diária, igualmente empenhada na denúncia do problema da malária e na reclamação de medidas concretas por parte das autoridades administrativas, instando à criação de um serviço anti-sezonático efectivo e regular (A Medicina Contemporânea 1933b); denunciava ainda a proliferação dos arrozais próximo das localidades como um mal a reprimir por todas as formas. Numa referência pungente ao caso da vila de Salvaterra de Magos, um artigo do *Diário de Notícias*, integralmente transcrito na *Medicina Contemporânea*, criticava em linguagem dramática a expansão da orizicultura naquela região, associando arrozais, malária, tuberculose e condições de vida dos trabalhadores rurais:

Durante todo o inverno as terríveis sezões continuaram fazendo seus estragos no já depauperado organismo de um povo que rodeado de pântanos, sem higiene, vivendo em lúgubres mansardas sem ar e sem luz, com um salário mínimo, passando privações, tem o caminho aberto à tuberculose que assustadoramente lança seus terríveis tentáculos sôbre a infeliz população desta terra.

Anunciam-se mais lavras de arroz próximo desta vila. A sua permissão é um crime de lesa-humanidade.

“Uma Questão Nacional”

Não podem nem devem ser permitidos mais focos de infecção.

Sabido como está que o paludismo gera a tuberculose e, agora que tantas medidas profiláticas se tomam para combater o terrível mal, porque se permitem lavras de arroz que tanto contribuem para aumentar o maior mal da humanidade?

O bem estar de um povo é muito mais precioso do que os lucros de 2 ou 3 orizicultores que assentam a sua prosperidade no sofrimento dum povo (A Medicina Contemporânea 1931c, 132).

Em Março de 1934, a *Medicina Contemporânea* dava também conta de «uma reunião de orizicultores e proprietários de terras destinadas ao cultivo de arroz, a fim de se conseguir, por meio de uma contribuição voluntária a pagar pelos produtores orizícolas, a verba julgada suficiente para a instalação de um posto anti-malárico» (A Medicina Contemporânea 1934b, LVII), em Azambuja. O posto deveria ser instalado no hospital da Misericórdia, contribuindo ainda a «benemérita instituição [...] com a cedência das suas instalações, material, mobiliário e pessoal»; para o seu funcionamento contribuiriam «os cultivadores de arroz com a importância de 100\$00 por cada moio de terra de sementeira, o Município com o subsídio de 10.000\$00 e a Direcção Geral de saúde, a quem incumbirá a direcção orientadora da campanha anti-sezonática, com os medicamentos e outros elementos técnicos e científicos de que possa dispor» (A Medicina Contemporânea 1934b, LVII, LVIII). Esta iniciativa, precedendo a regulamentação da taxa sobre as transacções de arroz, prevista no decreto de Outubro de 1934, era uma aparente tentativa de apaziguar a polémica em torno da expansão dos arrozais na proximidade daquela vila.

Entre 1934 e 1935, o jornal *Correio de Azambuja* dava voz a esta polémica, destacando-se as posições de Motta Cabral (1935a; 1935b; 1935c; 1935d; 1935e; 1935f). Os seus artigos mais ou menos explicitamente críticos em relação à expansão da orizicultura em Azambuja, ou apelando à intervenção das autoridades, em tom dramático e compungido, sucediam-se apesar da tentativa concreta de resposta ao aumento dos casos de malária naquela vila.

O *Correio de Azambuja* apresentava números impressionantes de pessoas infectadas – 80% da população –, publicando a representação dirigida pelas autoridades locais – incluindo governador civil e representantes da União Nacional em Azambuja – ao ministro da Agricultura (Anónimo 1934). Embora crítico em relação à impotência ou inércia das autoridades no controlo dos arrozais, este periódico recorria também a estratégias de apelo evocativas da figura tutelar de Salazar, bem como das linhas ideológicas e programáticas do Estado Novo:

Aqui, a dois passos de Lisboa não se fizeram desaparecer *essas águas* criminosas que constituem uma ameaça permanente á saúde dos que teem a infelicidade de residir nesta Vila, gerando uma mocidade atrofiada, decadente e empobrecida que faz dó vêr.

[...]

Dizem ainda as instruções [da DGS]: «Convêm que, tanto quanto possível, se aterrem os *aguaçais, brejos, pauis e pântanos*, ou se assim não poder sêr, sejam tratados a petróleo, ou a verde de Paris, sem embargo dos trabalhos de drenagem necessários para bem e defeza da saúde do povo.» - O que se fez neste capítulo? Simplesmente nada. O mesmo que nos outros.

E assim a invasão dos mosquitos... O crepitar sinistro da malária... Porta aberta á tuberculose, que infelizmente já se regista entre nós.

Um soldado do Estado Novo, que desde há anos acompanha par e passo a obra grandiosa de Salazar, do grande e prestigioso Chefe que engrandeceu a Pátria oprimida, que com as sábias directrizes do seu comando esmagou a plutocracia para o engrandecimento nacional, que põe a sua Vida, toda a sua Alma ao serviço de Portugal, clama:

Se SALAZAR soubesse...

Mas para que amargurá-lo mais?

Bastaria que as suas ordens se cumprissem rigorosamente, que o seu pensamento fôsse uma ordem.

Infelizmente assim não é.

Ele sacrifica a sua Vida por todos nós que não correspondemos condignamente áquele Sacrifício (Anónimo 1935, 2).

Este tipo de argumentação, a referência à «plutocracia», a crítica à inércia da administração em face do avanço dos arrozais sobre a vila de Azambuja, sugere conflitos locais de autoridade e poder; mas pode também ser percebida como uma tentativa de mobilização do reconhecimento e autoridade do poder central, que conferiria força e legitimidade às práticas relacionadas com a malária.

Para o *Correio de Azambuja* mantinha-se o pleito em relação à orizicultura nos campos de Azambuja – sempre com o argumento do descontentamento popular ou da defesa daqueles que não podiam defender-se – corroborado por argumentos caros à ideologia reinante, nomeadamente o tema do depauperamento da raça. Simbolizada no número de mancebos azambujenses considerados incapazes na inspecção militar, e baseada na ideologia do homem do campo como representante da vida saudável e do vigor da raça, esta questão surgia também recorrentemente na argumentação dos articulistas do *Correio de Azambuja*, bem como a ideia de que a cultura do arroz devia ser desenvolvida nas colónias – leia-se, em

“Uma Questão Nacional”

África – onde existiam terras pantanosas por explorar e onde «o preto» resistia melhor, por adaptação ao clima (A. F. 1935).

Neste ambiente de contestação local, os artigos de Motta Cabral, intitulados «O flagelo do sezonismo» e publicados de 23 de Junho a 8 de Setembro de 1935, representavam o auge e a legitimação científica das reclamações dos azambujenses. Motta Cabral, num estilo inflamado, entre a ironia e a indignação, criticava o fraco investimento do Estado português na saúde pública e as «peias burocráticas [que] manietam a rêde dos serviços sanitários», acrescentando que «tudo que possa colidir com interesses de inculturais mandões é letra morta» (Cabral 1935a, 2). Fazia um balanço da distribuição da malária em Portugal e lamentava a incipiência do planeamento e da acção anti-sezonática. Criticava ainda a lei de 1931, sobre a cultura do arroz, lamentando que fosse «a Direcção Geral de Fomento Agrícola que arbitra a concessão de licenças [para os campos de arroz], o que dizer quer que a saúde pública está, neste capítulo, entregue à decisão dos leigos», situação definitivamente fixada com a extinção da «Comissão Central de Orizicultura onde tinha assento o Director Geral de Saúde» (Cabral 1935e, 2).

«O povo», directa ou indirectamente presente na contestação do *Correio de Azambuja*, parece ter expressado, de facto, o seu descontentamento em relação aos arroteiros daquela região. Contudo, embora o seu desagrado tenha sido apropriado pelos articulistas daquele periódico para reforçar a oposição aos produtores de arroz, o levantamento popular não era contra a cultura do arroz ou reclamando sobre a sua insalubridade; deu-se em virtude da alegada disparidade entre os salários pagos aos trabalhadores rurais provenientes de fora de Azambuja e aos trabalhadores residentes naquela localidade, pois os forasteiros receberiam bem acima dos azambujenses (Anónimo 1935, 1, 2; Pereira 2004, 333, 334).

Este episódio não só relativiza os protestos dos trabalhadores agrícolas contra os arrozais, como sugere interesses e significados diversos atribuídos pelos diferentes actores aos arrozais, na semântica da malária, e alguma acomodação à cultura do arroz, fonte de trabalho para a população azambujense. Em 1938, Rolla B. Hill, Fausto Landeiro e Francisco José Cambournac¹⁵ escreviam, a propósito da relação do campesinato com os arrozais que, mesmo

¹⁵ Rolla Hill foi representante da International Health Division em Espanha e Portugal e foi director da Estação para o Estudo do Sezonismo, em Águas de Moura, sendo sucedido no cargo por Francisco Cambournac, quando a estação passou a Instituto de Malariologia. Fausto Nunes Landeiro completou o curso de medicina em Lisboa, em 1919, doutorando-se no ano seguinte. Posteriormente fez cursos de medicina tropical, higiene pública, hidrologia e climatologia, histologia geral e patológica e de malariologia. Foi assistente livre do Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana entre 1919 e 1928. Entre inúmeros cargos de ensino e investigação em institutos e instituições de ensino da medicina, foi director da Sociedade Propaganda de Portugal entre 1931 e

sabendo do seu papel na «produção» de *Anopheles* e do papel destes na transmissão da malária, «não [iriam] protestar contra uma cultura da qual depende o seu ganha-pão» (Hill, Landeiro e Cambournac 1938, 4). Por seu lado, Mário Themido (1944) referia precisamente que o incremento da cultura do arroz, em razão directa do protecçãoismo das pautas alfandegárias, reacendera polémicas «menos entusiásticas por motivos óbvios» (1944, 87), mas os interesses económicos prevaleciam; e entre esses interesses estavam os dos trabalhadores rurais, uma vez que os salários pagos pelas safras de arroz eram «superiores aos auferidos nas outras culturas e as famílias chega[vam] a fazer despesas durante o ano a contarem com êsse ganho futuro». Para além disso, também as crianças podiam ser empregadas em algumas tarefas do cultivo do arroz, o que representava trabalho para toda a família, explicando que «a cultura do arroz [fosse] desejada como um *mal necessário* pelas populações das zonas endemiadas e daquelas outras que a essas regiões acorr[iam], em correntes migratórias internas [...], para beneficiarem das jornas superiores àquelas que venc[iam] nas suas próprias terras, e que só os lucros quási fabulosos conseguidos pelos orizicultores permit[iam] dar ao pessoal» (Themido 1944, 89, 90).

Themido escrevia dez anos depois do início da intensificação da orizicultura em Azambuja – e não se referindo especificamente a esta vila –, o que faz pensar que o factor tempo produzira uma progressiva pacificação da relação entre as populações e os arrozais. A mesma naturalização e integração dos arrozais no quotidiano dos trabalhadores rurais surgem nas entrevistas feitas a alguns deles, não só em Azambuja mas também em outras localidades dos vales do Tejo e do Sado (ver cap. 5). Os entrevistados falavam da relação entre arrozais e malária como um dado adquirido e inquestionável, mas não expressavam qualquer crítica em relação à orizicultura, de onde tiravam o seu sustento durante vários meses no ano. Nem relataram qualquer movimento de oposição àquela cultura, mesmo quando as suas memórias

1934 e director dos serviços de saúde e higiene da Mocidade Portuguesa, entre 1937 e 1942. Morreu na ilha da Trindade, onde se encontrava a representar Portugal numa conferência sobre malária, em 1948 (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira s.d. (d), s.d. (e)). Foi director da Estação Experimental de Combate ao Sezonismo, em Benavente, e dos SAS. Francisco José Cambournac terminou o curso de medicina, em Lisboa, cerca de 1927 e nos primeiros anos da sua actividade exerceu clínica em Sintra. No início dos anos 30 substituiu um amigo que trabalhava na Estação Experimental de Combate ao Sezonismo de Benavente, e que se ausentara para fazer um estágio no estrangeiro. Dirigiu o Instituto de Malariologia de Águas de Moura de 1939 a 1954. Neste período leccionou também no Instituto de Medicina Tropical (mais tarde Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT) e manteve contactos com os malariologistas espanhóis, circulando entre os dois países, em missões de investigação. Integrou várias vezes as representações da Direcção Geral de Saúde na Sociedade das Nações e acabou por representar Portugal na assinatura do convénio que criava a Organização Mundial de Saúde, em 1948. Foi eleito director regional da OMS para a África, de 1954 a 1964. De regresso a Portugal, retomou o seu lugar no IHMT, tendo-se reformado em 1973, quando completou 70 anos (comunicação pessoal de Maria da Graça Cambournac [filha de F. Cambournac], Agosto de 2007).

“Uma Questão Nacional”

de infância lhes permitiam falar dos anos 30 e dos primeiros anos de funcionamento dos postos anti-sezonáticos (ver cap. 5).

Os Serviços Anti-Sezonáticos e a cultura do arroz II: a legislação do Estado Novo

O decreto de 1931 sobre a orizicultura (decreto n.º 20:596 de 20-10-1931), integralmente reprovado por Motta Cabral, em 1935, fora também largamente criticado por Luís Figueira e Landeiro (1932) no relatório do primeiro ano de funcionamento da Estação Experimental de Combate ao Sezonismo de Benavente (EECS), sugerindo que a orizicultura era foco de tensão e disputa de autoridade, entre os próprios organismos do Estado. Para além da dimensão económica, a que não era estranha a orientação político-ideológica do Estado Novo, tratava-se da disputa de competências entre a DGS e a Direcção Geral do Fomento Agrícola, à qual os médicos não reconheciam legitimidade para usar argumentos da ciência médica ou para tomar decisões sobre a salubridade dos arrozais com base nesses argumentos (Figueira e Landeiro 1932; Cabral 1935e).

O decreto n.º 20:596 deliberava que «o Ministério da Agricultura ter[ia] de estabelecer as condições em que se dever[ia] efectuar a cultura do arroz, na exclusiva dependência da sua autorização e orientação técnica» (Ministério da Agricultura - Direcção Geral de Fomento Agrícola 1931, 2669). Mas, para além desta exclusão da DGS de todas as competências em matéria de orizicultura – ainda que se fizesse a ressalva «dos trabalhos que exclusivamente pertencem aos serviços oficiais defensores da saúde pública» (Ministério da Agricultura - Direcção Geral de Fomento Agrícola 1931, 2669), sem que, no entanto, se especificasse que trabalhos –, um dos pontos que mais vexava os médicos era a assumpção de que a distância dos arrozais em relação às povoações se tornara irrelevante «Tendo [...] em consideração que os anofeles se reproduzem por toda a parte onde se encontram águas estagnadas, como nas diversas represas, tanques, poças, etc., sem que nas águas correntes dos arrozais essa reprodução se possa realizar, não sendo portanto de considerar a função da distância a que seja cultivado o arroz» (1931, 2670).

A criação da EECS, esboço de um serviço de controlo e tratamento da malária, bem como o decreto sobre a cultura do arroz, de 1931, surgiam num momento de charneira da sociedade portuguesa, nas vésperas da nomeação de Salazar para a presidência do conselho (Julho de 1932) e da promulgação da constituição de 1933, que fixou a orientação ideológica, política e administrativa do Estado Novo. Dentro da orientação política e económica do

regime, as oligarquias ligadas ao mundo rural encontravam espaço para manterem e mesmo reforçarem os seus interesses, já que a «lavoura» era o elemento fulcral da economia nacional, o sector em que se ocupava a maior parte da população activa (Rosas e Brito 1996a; ver cap. 5, neste trabalho). Nesta conjuntura, em 1933, os produtores de arroz conseguiram do governo a retoma de medidas proteccionistas para o cultivo e comercialização desta gramínea (Baptista 1993, 127). No mesmo ano, como se disse, foi criada a CRCA. Ficaram assim estabelecidas as condições para a fixação do preço do arroz e a garantia de colocação da produção (ver Baptista 1993, 128). Por conseguinte, o episódio de Azambuja, resultado da expansão da área de arrozal, reflecte o corolário lógico da política governamental em relação à orizicultura.

E mais uma vez percebemos a plasticidade do binómio arrozal-malária. Em consequência da política proteccionista em relação àquela gramínea, rapidamente se chegou a um excesso produtivo, não absorvível pelo mercado interno (Baptista 1993, 128) e impossível de colocar no mercado externo.¹⁶ Em resposta, o governo adoptou novas medidas legislativas, reduzindo a área cultivada (decreto-lei n.º 28:494, de 19 de Fevereiro de 1938) e invocando razões de saúde pública relacionadas com a malária, contrariando, em certa medida, o que estabelecia o decreto de 1931. Assim, os decretos-lei n.ºs 28:493 e 28:494 de 19 de Fevereiro de 1938 estabeleciam novas condições para o cultivo do arroz que incluíam o parecer de um médico malariologista sobre os requerimentos para as licenças de cultivo do cereal (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938a, 500). O decreto-lei n.º 28:493 restabelecia a proibição da cultura de arroz «nas faixas de terreno de 1 a 3 quilómetros em redor das povoações de mais de 1:000 habitantes» (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938a, 501). A retoma do problema da distância entre arrozais e povoações era justificada com o reconhecimento de que «seria ilusão fiar exclusivamente das condições de rega – regime de alagamento e até mesmo de vazão constante – a extinção das larvas nos campos de arroz, visto demonstrar-se que era necessária para isso uma velocidade corrente incompatível com as próprias exigências da cultura» (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938b, 498). O facto de as condições estabelecidas se referirem a povoações com mais de mil habitantes justificava-se pela dificuldade de proteger tão grande número de pessoas com recurso a redes metálicas, ao contrário do que sucedia em aglomerados com menor número de indivíduos. O mesmo decreto criava a Direcção de Serviços Anti-

¹⁶ Também «Sr. Jorge Blanco. Rice Commission», 3 de Novembro, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

“Uma Questão Nacional”

Sezonáticos (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938a, 500) financiada directamente pelo Estado e pela taxa cobrada pela CRCA sobre as transacções deste cereal (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938a) (ver cap. 3).

O relatório que sintetiza e serve de introdução aos dois decretos atrás referidos recorre às explicações epidemiológicas para justificar a nova orientação legislativa, invocando os estudos desenvolvidos na Estação para Estudo do Sezonismo, instalada em Águas de Moura sob o patrocínio da FR (ver caps. 3 e 4).

Hill, Landeiro e Cambournac, escrevendo sobre «a organização da luta anti-malárica», diziam com toda a clareza que «a cultura do arroz é a principal responsável pela seriedade do problema malárico em Portugal» (Hill, Landeiro e Cambournac 1938, 4), tendo-se este problema intensificado devido ao «aumento de terrenos consagrados unicamente ao cultivo do arroz» (Hill, Landeiro e Cambournac 1938, 3). Destacavam também, nas actividades desenvolvidas pela Estação para o Estudo do Sezonismo, os «estudos sôbre a malária em relação com o cultivo do arroz» (Hill, Landeiro e Cambournac 1938, 5). Quer nesta Estação quer no Instituto de Malariologia (IM) que a sucedeu, desenvolveram-se estudos e ensaios sobre a influência das técnicas de irrigação dos canteiros no controlo das larvas de mosquitos (Cambournac e Simões 1944d),¹⁷ bem como sobre a eficácia de larvicidas e insecticidas (Cambournac e Simões, 1944b, 1944d), nomeadamente o DDT (dicloro-difenil-tricloroetano) e o Gamexane (Cambournac 1948, 1952; Cambournac e Simões 1944a, 1944b). Estas investigações aliavam as preocupações epidemiológicas às questões técnicas e económicas, sempre fundamentais nos modelos de saúde pública preconizados pela FR (ver cap. 4).

O desenvolvimento destas investigações decorria das conclusões retiradas do inquérito patrocinado pela FR em 1933 e dirigido pelo próprio Hill. Segundo este inquérito, a malária seria sobretudo prevalente nos vales dos rios onde se verificava a cultura extensiva de arroz (ver Landeiro e Cambournac s.d.; Hill 1938b). Contudo, nas conclusões, os autores adoptavam uma posição ambígua dizendo que «[é] difícil estabelecer uma relação exacta

¹⁷ Entre a documentação do Instituto de Malariologia de Águas de Moura encontra-se também correspondência trocada entre o director deste instituto e o Ministério da Agricultura, sobre as experiências levadas a cabo na herdade de Pinheiro, nas imediações de Águas de Moura, com a irrigação intermitente e os seus resultados na produção do arroz e no controlo das larvas de mosquitos. Pretendia-se estender a técnica de irrigação intermitente a outras regiões produtoras de arroz: Cambournac para Director-Geral dos Serviços Agrícolas, 30 de Novembro, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Francisco Cambournac (CEVDI), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). «Pinheiro 1936. Campo da Horta do Lago. Acção da irrigação intermitente sobre as larvas», documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA. «Pinheiro 1940. Campo da Horta do Lago. Acção da irrigação intermitente sobre as larvas de anopheles», documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

entre a cultura do arroz e o sezonismo» (Landeiro e Cambournac s.d., 129). Desenvolviam esta posição incerta notando que, se era verdade que «o estabelecimento de arrozais perto de uma povoação [era] sempre acompanhado do aumento do anofelismo, e como consequência dêste um aumento do número de casos de sezonismo», esta relação não era necessariamente inelutável. O aumento do número de *Anopheles* poderia não representar um aumento dos casos de malária se na região circundante existisse um número considerável de animais estabulados, para os quais se desviasse a preferência hematófaga dos mosquitos. Prosseguiam as suas considerações finais sobre a relação entre arroz e malária dizendo que os «ranchos» migratórios,¹⁸ empregados na monda e ceifa do arroz, representavam maior perigo para a propagação do sezonismo do que os próprios arrozais. Sendo, em regra, oriundos de regiões indemnes de malária, contraíam mais facilmente as formas graves da doença. Por outro lado, viviam em abrigos precários, refúgio fácil para os *Anopheles* e, uma vez infectados, não se tratavam ou não completavam os tratamentos «e, assim, não só ajuda[vam] a infestar os habitantes locais, mas também leva[vam] para as suas terras os germes da doença» (Landeiro e Cambournac s.d., 130).

A identificação dos grupos de trabalhadores migrantes como um dos problemas mais prementes na incidência e distribuição da malária introduzia – ou reintroduzia – a questão de considerar a malária como uma doença profissional ou como um acidente de trabalho (Landeiro 1938). Landeiro dedicou um artigo a esta questão, concluindo que a epidemiologia da doença dificultava a sua classificação como doença profissional, porque podia ser contraída fora do espaço e do tempo de trabalho. Por outro lado, a criação dos SAS e a legislação que obrigava os proprietários dos arrozais a garantirem alojamentos «à prova de mosquito» para os grupos de trabalhadores migrantes eram consideradas por Landeiro como resposta suficiente ao problema da vulnerabilidade dos «ranchos», justificando que a questão não estivesse contemplada na legislação laboral (lei n.º 1942 de 27 de Julho de 1936) (Landeiro 1938).

Por conseguinte, a perspectiva malariológica sobre a incidência e distribuição da malária remetia – ainda que indirectamente e considerando sobretudo o lugar dos humanos na cadeia de transmissão da malária – para questões sociais, relacionadas com o trabalho; mas a

¹⁸ Rancho era o nome popularmente atribuído (e adoptado na literatura médica) aos grupos de trabalhadores rurais que sazonalmente se deslocavam das suas terras de origem para trabalharem nas grandes explorações agrícolas do Ribatejo e Alentejo, nas épocas de maior necessidade de mão-de-obra. Aos «campos do sul» deslocavam-se ranchos provenientes das regiões de Coimbra, Viseu, Aveiro, Figueira da Foz, Évora, Faro, etc. (Macedo 1940).

“Uma Questão Nacional”

dimensão social perdia relevância ante os efeitos imediatos da acção dos indivíduos, que acabavam por ser considerados fundamentalmente como agentes de transmissão e propagação da malária. A perspectiva médica – imediatista, técnica e pragmática – centrava-se na resolução química e mecânica do problema, atentando na questão económica, sem pretensão de mudar as relações laborais, a pobreza e a precariedade dos meios de subsistências, que todos os anos faziam deslocar grandes massas de assalariados rurais, em busca de trabalho. Apreciando a situação da malária em Portugal, Hill escrevia:

Ao agricultor interessam, de maneira primordial, três factores: rendimento; custo da produção que inclue adubo, mondagem e outros trabalhos; nalguns casos, a quantidade de água necessária. Todo e qualquer projecto de fiscalização do desenvolvimento dos anófeles nos arrozais, deve tomar estes factores em consideração (Hill 1938b, 7).

Por conseguinte, quaisquer investigação e acção no sentido do controlo da malária deveriam ter a preocupação de não interferir negativamente com os interesses económicos.

Hill (1938b) referia ainda experiências concretas realizadas para avaliar o efeito do enxugo periódico dos arrozais, de forma a impedir o desenvolvimento das larvas dos *Anopheles* até ao estado adulto, considerando que essas experiências haviam dado resultados muito positivos, sem qualquer prejuízo para as searas (1938b, 11). Para além desta solução, sugeria ainda outras, relacionadas com as técnicas de cultivo do arroz, bem como com o ensaio de novas espécies que, requerendo menores períodos de alagamento dos canteiros, garantissem uma produção igual ou superior à que se conseguia até então. Na avaliação das medidas profiláticas relacionadas com as técnicas agrícolas, havia a preocupação de contemplar os entraves ou ressalvas exigidas pela dimensão económica do problema, pelo que as sugestões se referem sempre à necessidade de colaborar com os técnicos agrícolas.

Por outro lado, a assumpção de que «[a] limitação da malária está intimamente ligada à multiplicação dos anófeles nos arrozais» (Hill 1938b, 12), colocando os arrozais e as povoações por estes rodeadas no centro das preocupações profiláticas, e atendendo à pluralidade de métodos adoptados antes do advento dos insecticidas de acção residual, introduzia a questão da protecção mecânica às populações locais e aos grupos de trabalhadores migrantes, já anteriormente contempladas nas tentativas de regulamentação da cultura do arroz (cf. Ministério do Fomento - Direcção Geral da Agricultura 1916).

O inquérito malariológico nacional e os estudos realizados na estação de Águas de Moura vinham apenas corroborar – com a autoridade que o «método científico» e a

fiabilidade estatística do inquérito, bem como o carisma da tutela da FR, ofereciam – as observações e conclusões do relatório do primeiro ano de funcionamento da EECS (Figueira e Landeiro 1932). Nesse relatório lê-se que «a cultura do arroz, feita a poucos centos de metros da vila, confirmou a sua fama de importante fábrica de mosquitos» (Figueira e Landeiro 1932, 217). Na região abrangida pela acção daquela estação, os arrozais ocupavam «uma área tão importante que representa[va] 95% da superfície hídrica sôbre que tivemos que fazer a luta antilarvar», sendo o seu tratamento com verde de Paris muito difícil, dada a impossibilidade de alcançar a totalidade da área dos canteiros de arroz. Por isso, recorria-se ao uso de uma avioneta, até «se modificar o processo de cultura que permita dispensá-lo» (Figueira e Landeiro 1932, 237).

É no seguimento destas observações e considerações que, como atrás se referiu, os dois médicos responsáveis pela estação de Benavente analisam quase artigo a artigo o decreto de 1931 sobre a cultura do arroz, em tom muito crítico. Curiosamente, algumas das propostas feitas por Rolla Hill em 1938, em relação às técnicas de irrigação a ensaiar para reduzir a população de mosquitos *Anopheles*, haviam já sido apresentadas por Figueira e Landeiro (Figueira e Landeiro 1932, 193), para o caso de Benavente.

Assim, a relação entre arrozais e malária segue num rumo multidimensional – social, político, económico, epidemiológico/científico – em que os diversos factores e agentes em presença nem sempre convergem. Esta questão perdeu relevância com a vulgarização do uso de insecticidas de acção residual, especialmente o DDT, que mudou o enfoque das estratégias de controlo e eliminação da malária, conferindo-lhes uma eficácia até então mais difícil de obter por requerer a combinação de intervenções a todos os níveis da cadeia de transmissão da doença. O DDT, pelo contrário, centrava as medidas de combate à doença no mosquito adulto, tirando assim o protagonismo aos arrozais, tradicionalmente associados à criação de larvas de *Anopheles* e, por conseguinte, privilegiados pelas acções anti-larvares, características da fase de controlo da malária.

No dealbar da década de 50 do século XX, os artigos de agronomia sobre a cultura do arroz, que durante as primeiras décadas do século XX abordavam quase inevitavelmente o problema da relação entre arrozais e malária, não se referiam já aos problemas sanitários, centrando-se na dimensão técnica e económica. Incidiam sobretudo nos aspectos ligados às questões de irrigação, de plantação, selecção de sementes, ensaios de novas espécies, hibridação, sempre com a preocupação de desenvolver métodos técnicos e científicos que

“Uma Questão Nacional”

permitissem manter e eventualmente aumentar a produção das searas de arroz.¹⁹ É também a partir de meados dos anos 50 que a extensão de campos de arroz conhece um incremento ainda mais marcante,²⁰ coadjuvado pelo acelerar das intervenções de hidráulica agrícola (Baptista 1993) e já completamente livre das ameaças da malária.

¹⁹ Entre os trabalhos de agronomia publicados durante os anos 50, onde a malária não ocupa qualquer espaço nas considerações técnicas, científicas e económicas sobre aquela cultura, destacam-se os de autoria de Manuel Vianna e Silva (1952, 1956).

²⁰ A média anual de área cultivada de arroz foi de 27014 ha., entre 1946 e 1950, aumentando para 34396 ha. entre 1951 e 1955, e para 36874 ha. no quadriénio 1956-1960 (Baptista 1993, 128).

Capítulo 3

Acção anti-sezonática

Procuo neste capítulo dar conta dos desenvolvimentos da organização dos Serviços Anti-Sezonáticos (SAS), na lógica das representações médicas sobre a relevância epidemiológica da malária em Portugal e da sua relevância socioeconómica. Veremos como a investigação se cruza com a acção, analisando a criação do IM, em relação com os SAS.

Nesta análise, tentarei dar conta dos aspectos formais, dos objectivos e metodologias delineados para os SAS, a partir da documentação oficial, de relatórios e artigos médicos, relacionando-os, sempre que possível, com a informação sobre a sua acção concreta. Procurarei ainda reflectir sobre as motivações para a criação de um serviço dedicado à malária, para lá das argumentações epidemiológicas apresentadas pelos médicos.

A organização dos SAS e a criação do IM serão interpretados em ligação com as transformações na área da saúde pública e nos serviços de saúde. Por seu lado, estas transformações serão relacionadas com as condições políticas, económicas e sociais, em Portugal, durante a primeira metade do século XX. Mas também com a circulação internacional de pessoas, ideologias, ideias, modelos e técnicas científicos. Nesta linha argumentativa, procuro mostrar que as questões de saúde não constituíram um elemento nuclear dos programas republicano e do Estado Novo, ainda que estes propiciassem a inclusão retórico-ideológica de argumentos sanitários, reforçando-os.

A secundarização da saúde pública e dos serviços de saúde nos programas do Estado português, ao longo da primeira metade do século XX, torna os percursos dos SAS e do IM sinuosos. Sem negar a potencialidade destes serviços e do instituto como veículo de penetração da autoridade do Estado nas zonas rurais, afastadas da influência e controlo dos centros políticos, procuro mostrar como os SAS e o IM reflectem mais as convicções, projectos e interesses dos médicos envolvidos na sua estruturação, do que os do poder político. Destaco o processo de institucionalização destes organismos, referindo-me aos diversos agentes e práticas nele envolvidos. Realço a influência de alguns indivíduos – que adquirem o seu capital de conhecimento especializado, pensam e agem numa rede internacional, onde se cruzam inúmeros actores e factores –; seus ideais e convicções científicas e humanistas; seu carisma e sua rede de relações profissionais. Estes médicos têm

maior relevância, no processo em causa, do que a agenda política ou os projectos e as estratégias de poder e controlo do Estado português.

A internacionalização da saúde pública e do controlo da malária em Portugal

No início da década de 1920, várias condições se reuniam para reforçar o imperativo da organização de um serviço de saúde mais ordenado e eficaz. Ante a incerteza e a desorganização social e económica deixadas sobretudo na Europa pela I guerra mundial, para os quais contribuíra também a pandemia de gripe, a ciência surgia uma vez mais como o elemento aglutinador e «redentor» da ordem social. A universalidade da ciência prometia sanar as diferenças e reunir adversários, ao mesmo tempo que respondia a uma «consciência sanitária» pautada pela percepção da internacionalização crescente de desafios e riscos, nomeadamente ao nível da saúde, procurando-se a convergência não dos modelos científicos (já significativamente estabelecidos e consolidados) mas das estratégias de acção. Falando na cerimónia de encerramento da Conferência Sanitária dos Países Aliados, realizada em 1920, Ricardo Jorge define a higiene como uma «ciência social, visando o homem colectivo na sua integridade física» (Jorge 1920, 26). A moral higiénica seria a resposta para a falência da velha ordem mundial, alicerçando-se no trabalho, fonte de riqueza e preventivo da miséria «a mais atroz inimiga da saúde» (Jorge 1920, 26). A criação da Organização de Higiene da Sociedade das Nações (OHSDN), com o seu Comité de Higiene (CHSDN) multinacional, correspondia a esta tendência e a sua preocupação em estabelecer uma troca regular de experiência e conhecimentos entre os médicos, a nível mundial, enquadrava-se nesse desafio trazido pelo pós-guerra:

Entre as formas de actividade da Organização de higiene, a terceira Assembleia tinha assinalado em particular [...] a iniciativa tomada pela Organização de higiene de introduzir um sistema de trocas de pessoal sanitário dos diferentes países e indicando que desejava ver estender-se o sistema ao maior número possível de países.

A segunda Comissão não crê dever insistir sobre o interesse geral da ideia das trocas de pessoal sanitário, que lhe parecem as mais fecundas. Ela tende não somente a estender de um país para outro o conhecimento da prática dos melhores métodos de higiene pública e de luta contra as doenças, mas ainda a dar ao pessoal dos serviços sanitários a noção de que eles colaboram todos, cada um no seu país,

numa obra colectiva cujo objectivo é melhorar o destino de toda a humanidade e, enfim, estabelecer relações pessoais directas entre as administrações sanitárias dos diferentes países.¹

Pela Europa multiplicavam-se os institutos de higiene e escolas de saúde pública, muitos deles contando com o financiamento da Fundação Rockefeller (FR): Praga (1921), Londres (1922), Varsóvia (1923), Budapeste e Zagrebe (1925), Roma (1930) (Farley 2004). Em Espanha, a referência mais próxima e portanto mais influente para Portugal, a Escuela Nacional de Sanidad iniciou a sua actividade em 1924. Estas instituições de ensino acompanhavam um esforço de organização de serviços sanitários à escala nacional; i.e., abrangendo também as áreas rurais. A mesma tendência se verificava nos EUA, onde em 1916 fora criada a escola de saúde pública da Johns Hopkins University, com o patrocínio da FR, e se procurava sensibilizar as autoridades locais para a organização de centros de saúde que assistissem e educassem as populações rurais em matéria de higiene e saúde públicas (vd. Fee 1987; Humphreys 2001).

Do ponto de vista científico, o estudo e o controlo da malária tornaram-se um «empreendimento internacional» (Rodríguez Ocaña e Ballester Añón 2003a, 29). Estabelecidos os modelos explicativos para a sua causa e transmissão, multiplicavam-se as pesquisas sobre os métodos preventivos e de controlo da doença, o que levava a novas perplexidades que por sua vez estimulavam a continuação de investigações crescentemente centradas no mosquito. A influência dos pesquisadores americanos no contexto europeu pesava a favor do centramento no mosquito,² mas o tratamento dos doentes permanecia como estratégia de peso. De todos os modos, a crescente aposta nas medidas de controlo baseadas em intervenções técnicas dispensava a anuência ou colaboração das populações. Retirava-se-lhes assim, paulatinamente, pela especialização técnica, não só o domínio sobre o uso dessas tecnologias (apenas alguns leigos, depois de instruídos, tomavam parte da execução técnica

¹ Société des Nations, «Travaux de l'Organisation d'Hygiène de la Société, y Compris des Travaux de la Commission des Épidémies», 13 de Setembro, 1923, p. 1, Organização de Higiene da Sociedade das Nações, 1920/23, Armário(A) 28, Maço(M) 63, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros (AHDMNE).

² A preferência dos investigadores americanos pelas medidas de eliminação do mosquito (petrolização, uso do verde de Paris, de peixes larvívoros, de insecticidas) é explicada por Rodríguez Ocaña e Ballester Añón (2003a) como resultado da dificuldade dos EUA em controlarem o quinino de origem vegetal e os antimaláricos sintéticos, nas mãos de holandeses e alemães, respectivamente, num contexto de competição internacional. Por seu lado, Margaret Humphreys (2001) indica a preferência por medidas alternativas ao tratamento de doentes como resultado da constatação de que o quinino, a plasmoquina ou a combinação de ambos não esterilizavam o sangue, mas também como forma de contornar o problema da adesão das populações ao tratamento com o alcalóide. A dificuldade em manter um tratamento regular com quinino nas populações rurais, dada a sua fraca adesão, contribui para a prevalência das medidas anti-mosquito.

das medidas de controlo), mas também a legitimidade do conhecimento e decisão sobre o que fazer, como e quando, em face da malária.

A multiplicação de métodos para o controlo da malária, produzidos e integrados nos circuitos internacionais de pessoas, ideias e modelos organizativos relacionados com a doença, confrontavam os médicos portugueses com as diferenças gritantes entre Portugal e quase todo o resto da Europa, não só no tocante ao conhecimento da malária e acção para o seu controlo mas também à organização dos serviços de saúde em geral, bem como ao ensino da higiene e saúde públicas. Em 1922, Nicolau Bettencourt tomara parte de uma missão de estudo aos Países Baixos (ver cap. 4), apresentando a propósito um relatório onde denunciava os contrastes entre os serviços de saúde holandeses e os portugueses (Bettencourt 1924). Em 1924, Almeida Garrett, subdelegado de saúde do Porto, participou de uma viagem de estudos ao Reino Unido, custeada pelo CHSDN (A Medicina Contemporânea 1924b). No mesmo ano, Artur Ricardo Jorge, guarda-mor de saúde do porto de Lisboa, integrou uma «missão sanitária à Dinamarca» igualmente financiada pelo CHSDN (A Medicina Contemporânea 1924c, 1925b). E em 1925, ainda no âmbito das missões de estudo patrocinadas por aquele organismo internacional, Manuel de Vasconcelos, inspector sanitário chefe do trabalho, faria parte do grupo que haveria de deslocar-se à Bélgica (A Medicina Contemporânea 1925d).³

Para além destas experiências pontuais, o contacto mais próximo e eventualmente mais regular com o estudo e controlo da malária em Espanha, mas também com os trabalhos na área da higiene rural desenvolvidos neste país, representava igualmente um estímulo e uma referência para os médicos portugueses (A Medicina Contemporânea 1921a; Portugal Medico 1930). Em Espanha, os anos 20 trouxeram um empenho redobrado e irreversível para a organização de um serviço de profilaxia e tratamento da malária, associado ao desenvolvimento de um serviço de saúde estatal:

Na perspectiva da saúde pública, [a luta antimalárica] contribuiu para gerar a estrutura organizativa base da sanidade espanhola na maior parte do século XX; ao mesmo tempo, a campanha foi um exemplo de «medicina social em acção», dirigida à porção mais numerosa e desatendida da população espanhola, a campesina, como espelho fiel do empenho modernizador das elites profissionais do primeiro terço do século XX em Espanha (Rodríguez Ocaña e Ballester Añón 2003a, 22).

³ Em 1924 Portugal é mencionado no relatório dos trabalhos da Assembleia da Organização de higiene da Sociedade das Nações como fazendo parte da lista dos países cujas administrações sanitárias haviam beneficiado das trocas de médicos (Société des Nations, «Travaux de l’Horganisation d’Hygiène de la Société, y Compris des Travaux de la Commission des Épidémies», 13 de Setembro, 1923, p. 2, Organização de Higiene da Sociedade das Nações, 1920/23, A 28, M 63, AHDMNE).

O esboço de organização de um serviço para o controlo da malária em Espanha inicia-se com a experiência de Talayuela, entre 1920 e 1922. Em 1920, um grupo de assistentes da cadeira de parasitologia da Faculdade de Medicina de Madrid, do qual se destacava Sadí de Buen, constituíram um núcleo dedicado ao estudo no terreno (Talayuela) da epidemiologia da malária e dos métodos adequados ao seu controlo. Este núcleo viria a constituir a Comissão Central Antipalúdica, integrando a administração sanitária em 1924. Aí se ensaiou o funcionamento do «dispensário-laboratório». Neste se realizavam as análises laboratoriais de sangue, o levantamento e estudo das condições do meio ambiente; mas também a recolha de larvas e mosquitos, a profilaxia pelo uso de quinino, entre as populações rurais, e a salubridade do «ambiente palúdico» (ver Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b, 120, 121). A experiência de Talayuela alargou-se a outras regiões maláricas, oficialmente identificadas a partir de 1924. Nessas regiões foram constituídas comissões provinciais do paludismo às quais «cabia providenciar os meios materiais para desenvolver as acções decretadas pela Comissão Central [do paludismo] – salvo a quinina – [...] as Comissões locais deviam pôr em prática as disposições da campanha. Os Dispensários ficavam sob a administração central, provincial ou local, em função de quem fosse a entidade responsável pela sua organização, embora todos devessem seguir as directrizes da Comissão Central» (Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b, 135, 136). Os dispensários criados para o controlo da malária acabaram por alargar a sua acção a outras dimensões da saúde das populações rurais, assumindo o carácter de centros de saúde rurais (Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b), abrindo assim o caminho para a popularização da higiene e saúde públicas nos campos.

Em 1925 *A Medicina Contemporânea* lamentava «serem Portugal e a Albânia, os únicos países da Europa, que não enviam para o serviço de Higiene da Sociedade informações epidemiológicas referentes ao seu território», apesar de em Portugal «haver [...] serviços de estatística sanitária em dois ministerios!!» (*A Medicina Contemporânea* 1925a, 136). Esta constatação vinha a propósito das reuniões do CHSDN e da Comissão do Paludismo da Sociedade das Nações (CPSDN), realizadas em 1925 e onde o CHSDN realçava os aspectos sociais relacionados com a etiologia da malária, dando o mote para a divergência entre os defensores do saneamento social e os da eliminação do mosquito vector, como base dos programas para o controlo da doença. As revistas portuguesas não fazem eco deste debate, talvez porque os médicos portugueses não tinham experiência sobre as condições específicas da malária em Portugal, nem de qualquer estratégia que tivesse sido ensaiada

extensiva ou intensivamente. Assim se explicava o embaraço de Nicolau Bettencourt que «Numa assembleia internacional onde se discutiam questões relativas à malária» tivera de recorrer às suas «habilidades [...] para não ficar em situação desairosa ao lado de gregos, de búlgaros e até dum albanês que falavam dos seus países com maior conhecimentos de causa do que poderia fazê-lo àcerca do meu» (Bettencourt 1924, 47).

De facto, no programa das visitas de estudo projectadas para 1925 pela CPSDN (Commission du Paludisme 1925), estava prevista uma passagem com a duração de sete dias por Portugal, no seguimento da visita a instituições e serviços espanhóis ligados ao controlo da malária. A visita ao território nacional deveria cingir-se às regiões de Lisboa e Porto mas o programa não contemplava calendarização para esta parte da península Ibérica. Os representantes da CPSDN nunca chegaram a visitar Portugal, provavelmente por não existir uma rede organizada de instituições dedicadas ao estudo e controlo da malária, no país.

Contudo, a partir do início do século XX, a malária foi sempre aparecendo nas revistas médicas portuguesas (ver cap. 1), com maior ou menor frequência, resultado da sua relevância epidemiológica cíclica ou dos debates e investigações internacionais. Os condicionalismos epidemiológicos, os ensaios terapêuticos, as estratégias de controlo e prevenção da malária, estão regularmente presentes na literatura médica em Portugal, sem contudo assumirem a visibilidade de outras patologias como a tuberculose ou as doenças venéreas, no caso da metrópole, ou da doença do sono, no caso dos territórios coloniais.

Embora as propostas para o estudo e controlo da malária remontem aos primeiros trabalhos sobre a doença promovidos pela Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e desenvolvidos por alguns médicos do Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana (IBCP), por António Pádua e Ricardo Jorge, entre outros (ver cap. 1), e ainda que se tenha legislado no sentido de criar um serviço dedicado ao problema, este só será efectivamente criado nos anos 30. Apesar de a literatura médica das primeiras três décadas do século XX sugerir a influência marcante das pressões internacionais para a organização não só de um serviço antimalárico, mas também de um serviço de saúde à escala nacional, importa compreender os usos retóricos desses referentes externos como estratégias de persuasão usadas pelos médicos portugueses, para a concretização dos seus próprios projectos, interesses e convicções científicas e humanistas. Estas aspirações traduziam a convicção de que ciência, tecnologia e progresso eram indissociáveis e indispensáveis para alcançar o bem comum. Esta «trilogia da modernidade» expressava-se pelo reconhecimento social dos detentores do conhecimento especializado. E é nesta lógica que podemos pensar o lugar da medicina e dos médicos na

sociedade portuguesa. Como se disse (cap. 1), vários médicos estiveram ligados à governação, durante a I república.⁴

Em 1920, o decreto n.º 7:040 da Presidência do Ministério cria, por proposta dos Ministros da Agricultura e do Trabalho, «uma comissão de defesa anti-sezonática», no Ministério do Trabalho (Presidência do Ministério 1920, 1401), corroborando a ligação entre malária e trabalho nos campos de arroz (ver cap. 2). À comissão de defesa anti-sezonática cabia «combater as causas da malária e os efeitos do sezonismo sobre a população» (Presidência do Ministério 1920, 1401). Repetindo as indicações de Ricardo Jorge, bem como o decreto de 26 de Maio de 1911 (ver cap. 1), o decreto n.º 7:040 distingue «as cartas do sezonismo, do paludismo [pântanos e águas estagnadas] e do anofelismo [distribuição de mosquitos da espécie *Anopheles*]» (Presidência do Ministério 1920, 1401) e estabelece a necessidade de as identificar. Como medidas práticas para o controlo da malária apresenta, uma vez mais, a combinação dos métodos de beneficiação das terras, com as acções de destruição das larvas do mosquito e com a prevenção e o tratamento pelo uso do quinino, a distribuir gratuitamente.

A redacção da revista *A Medicina Contemporânea* vê nesta iniciativa legislativa a resposta a estímulos internacionais; mais concretamente uma reacção ao anúncio «de haver sido encarregada uma comissão *internacional* de estudar a malária no reino vizinho» (*A Medicina Contemporânea* 1920a, 327). Inspirada pelas acções de estudo e controlo da malária em Talayuela, Espanha, «a Comissão de defeza anti-sezonatica teria resolvido instituir uma missão de combate e estudo da malária em Aldea-Gallega [Montijo]» (*A Medicina Contemporânea* 1921b, 112), prevendo-se também a instalação de um arrozal modelo naquela localidade. Este projecto não é referido em nenhuma outra das fontes consultadas, levando a crer que não se concretizou. Também o grupo criado em 1920 não parece ter ido para além das funções nominais.

Apesar de a Sociedade das Nações ter iniciado em 1926 os cursos de malariologia seguidos de estágio, para os quais estabelecera bolsas, apenas em 1929 a DGS apresenta

⁴ Mesmo assim, os médicos e farmacêuticos (muito poucos) eram apenas «o terceiro grupo profissional [150, 16%] presente na ‘oligarquia republicana’, depois dos juristas (cerca de 260, 27%) e dos militares (mais de 200, 21%)» (Torgal 2005, 133). A propósito do grande número de médicos entre os políticos republicanos, em Portugal, e como hipótese mais idealista e menos utilitarista para este facto, Luís Reis Torgal escreve: «[...] a presença significativa dos médicos – que não constituíam então um grupo socialmente poderoso – pode levar-nos a pensar se não representavam um sector cujos ideais políticos se formaram na experiência difícil da prática clínica» (2005, 133).

candidaturas de médicos portugueses. O director geral de saúde, José Alberto de Faria,⁵ propusera Luís Figueira e Fausto Landeiro, ambos do IBCP, porque «não havia entre os funcionários médicos dos seus serviços [DGS] quem quisesse utilizar as Bolsas de Estudo para Malariologia» (Figueira 1933, 111).⁶ Fica a interrogação não só sobre o alcance e impacto do trabalho desenvolvido pela comissão eleita em 1920 para o estudo da malária, mas também sobre o interesse dos médicos pela malariologia. Também em 1929 (decreto de 16 de Janeiro) foi criada a Junta de Educação Nacional (Monteiro 1936a), com o intuito de promover o desenvolvimento científico do país; eram atribuídas bolsas de estudo em Portugal e no estrangeiro a indivíduos ligados à investigação e ensino, em diversas áreas. Através destas reforçava-se o contacto regular dos médicos portugueses com as instituições de ensino e investigação da medicina no resto da Europa, já proporcionado pelas bolsas da Sociedade das Nações.⁷

No final da década de 20, a malária é ainda um elemento de significado variável na configuração da medicina científica em Portugal e na construção da saúde pública como área de administração estatal, controlada pelos médicos. Ilustra as perplexidades geradas pela circulação de técnicas, indivíduos e modelos institucionais que ligavam o internacional, o

⁵ José Alberto de Faria formou-se em medicina na escola médico-cirúrgica de Lisboa, em 1911. Foi médico dos Hospitais Cívis de Lisboa (1913) e subdelegado de saúde de Lisboa em 1914. Em 1926 foi nomeado inspector-chefe de epidemias e profilaxia de moléstias infecciosas e em 1928 sucedeu a Ricardo Jorge, como director-geral de saúde, por aposentação deste. Era um epidemiologista reputado, tendo ganho larga experiência no combate a epidemias (peste bubónica, a gripe de 1918, tifo exantemático), particularmente no meio rural (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira s.d.(b)). Em 1948 deixa o cargo de director-geral de saúde, sendo substituído por Augusto da Silva Travassos (Viegas, Frada e Miguel 2006).

⁶ A ida de Luís Figueira e Fausto Landeiro para a Alemanha, para estudar malariologia com bolsa da SDN, conheceu alguns contratemplos. Um conjunto de documentos existentes no AHDMNE dão conta de prazos ultrapassados para as candidaturas às bolsas, resultando na perda de vagas e levando a que os médicos portugueses acabassem por fazer a sua especialização em malariologia em Hamburgo e não em Paris, como estava inicialmente previsto. De acordo com estas fontes, apenas Luís Figueira beneficiou de bolsa, tendo o curso de Fausto Landeiro sido pago pela Direcção-Geral de Saúde (MNE, «Telegrama», 27 de Maio, 1929; José Alberto de Faria, Ofício N.º 1125; Director Geral, S.d.N, Proc. N.º 14, N.º 464, 29 de Maio, 1929; Biraud para chefe da delegação portuguesa junto da Sociedade das Nações, 28 de Maio, 1929; José Alberto de Faria para Director-Geral da Secretaria Portuguesa da Sociedade das Nações, Ofício N.º 1157; Director Geral para Director-Geral de Saúde, S.d.N Proc. N.º 14, N.º 469, 5 de Junho, 1929; José Alberto de Faria para Director-Geral da Secretaria Portuguesa da Sociedade das Nações, Ofício N.º 2015, 30 de Novembro, 1929; Directeur médical para José Alberto de Faria, 5 de Maio, 1930; 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE). Note-se que, em 1926, Figueira contactara a IHD da FR solicitando uma bolsa de estudos e dizendo que sempre se interessara «pelas questões relacionadas com a Saúde Pública. Mas, no meu país os serviços de saúde pública não estão em boa forma e o conhecimento teórico não tem aplicação prática e vantajosa». Desejava aperfeiçoar-se no estudo da higiene e aprender «os vossos métodos modernos e adequados para preservar e manter uma boa saúde pública», na esperança de se tornar útil ao seu país (Figueira para Russell, 13 de Setembro, 1923, pasta 3444, caixa 272, série 1.2, RG 5, Rockefeller Foundation Archives, RAC).

⁷ Entre 1928 e 1934, foram concedidas 32 bolsas de estudo no estrangeiro, para medicina (Monteiro 1936a). Nas referências às bolsas de estudo e investigação em medicina, publicadas em alguns números da revista *A Medicina Contemporânea*, a saúde pública e a malariologia não estão contempladas; resta saber se por desinteresse dos médicos ou por critério da Junta (*A Medicina Contemporânea* 1931a, 1931b).

nacional e o local, elidindo fronteiras mas profundamente condicionada pelas circunstâncias locais. Levanta também algumas interrogações quanto ao interesse e empenho dos médicos portugueses nesse processo de internacionalização do conhecimento e das práticas sobre medicina preventiva e saúde pública. Haveria interesse concreto dos médicos nessa adopção dos modelos internacionais, procurando capitalizá-los em favor dos seus projectos profissionais, convicções científicas e humanistas, e reconhecimento social, ou eram compelidos a um esforço de aproximação a esses modelos, por força do envolvimento estatal nas organizações internacionais?

Os serviços de saúde e a higiene social

As permanentes convulsões políticas da república culminam no golpe militar de 28 de Maio de 1926. Uma vez mais, à mudança política corresponde um período de reformas fortemente marcado pela preocupação de regenerar o estado financeiro do país. A DGS não é excepção. O decreto n.º 12:477 de 12 de Outubro pretende reformular a própria orientação daquele organismo, insistindo na importância da medicina preventiva. Há vários aspectos a tomar em conta, em relação a esta reforma da DGS: a direcção geral de saúde encontrava-se sob a tutela do Ministério da Instrução presidido, após o golpe militar, por Artur Ricardo Jorge,⁸ médico e naturalista, filho de Ricardo Jorge, ainda director-geral de saúde em 1926 e, de acordo com algumas das fontes consultadas (Faria 1934; Correia 1938), redactor do decreto de 12 de Outubro. Internacionalmente, as questões da higiene social, de cariz preventivo e «perfectivo»,⁹ ganhavam terreno no campo da ideologia médica, reflectindo-se nos modelos organizativos dos serviços de saúde à escala nacional.

O princípio da prevenção reforça-se no período entre guerras, com a crescente convicção do papel da saúde pública na organização racional das sociedades, reforçada pela profissionalização. Contudo, no caso de Portugal a profissionalização de médicos em saúde pública era incipiente, ainda que o Instituto Central de Higiene conferisse especialização em medicina sanitária, obrigatória para os médicos que se destinavam ao quadro de saúde. Para

⁸ Artur Ricardo Jorge exerceu o cargo de ministro da Instrução apenas durante 20 dias (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira s.d.(c)).

⁹ Esta expressão é usada por José Alberto de Faria (1934), citando a definição de higiene pública dada pelo médico J. F. Macedo Pinto, em 1863. A higiene pública seria perfectiva na medida em que se empenha na aplicação «dos meios que procurem aperfeiçoar os cidadãos por forma que todos gozem o máximo bem-estar no que respeita às garantias pessoais e às comodidades de vida compatíveis com a sua organização» (Faria 1934, 385).

além desta reserva há a assinalar os constrangimentos decorrentes do «ambiente sociopolítico» (Porter 1994a, 19; ver cap. 1).

O preâmbulo ao decreto n.º 12:477 abre mesmo com o argumento da internacionalização da saúde como um dos principais imperativos à regulação de um serviço de saúde baseado nos preceitos de higiene social:

A debelação dos flagelos que perpétua ou episódicamente nos afligem não obedece apenas à necessidade humana de valermos às desgraças mórbidas da gente portuguesa. Esta cruzada é imposta pelas próprias conveniências materiais e morais da Nação como satisfação de deveres, naturais uns, forçados outros, para com as outras nações. Estamos chegados à época de um novo direito das gentes, de uma moralidade física geral, em que, por vivas que sejam as preocupações de ordem política e colectiva, ascendeu entre elas ao lugar das mais instantes a da solidariedade higiénica internacional (Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde 1926, 1519).

Neste confronto de imperativos e carência, a deficiente regulação do problema da malária era um exemplo das falhas dos serviços de saúde. Assim, ainda no preâmbulo diz-se que «há mais de vinte anos que as estâncias de saúde se preocupam com o estudo e o combate do flagelo [sezonismo] sem colher a realização dos seus propósitos», sendo Portugal «o único país da Europa onde a luta anti-malárica está por iniciar a preceito» (Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde 1926, 1519). Esta situação era apontada como um dos exemplos da inexistência de práticas enraizadas de medicina preventiva em Portugal, situação que este decreto pretendia remediar. Assim, no que toca à malária, determina no § 3.º do artigo 9.º, a criação de «um serviço anti-sezonático com postos estabelecidos nas regiões maláricas» (Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde 1926, 1522), à imagem do que acontecia em Espanha desde o início dos anos 20.¹⁰

Na lógica da «cruzada» pela constituição de um serviço de saúde próximo dos modelos internacionais, a questão da saúde rural está também presente no texto do novo decreto, nomeadamente no § 1.º do artigo 22.º que estabelece a criação progressiva dos «partidos municipais necessários para a garantia da assistência médica e sanitária de toda a população do território da República» (Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde 1926, 1523).

¹⁰ Veja-se Rodríguez Ocaña, Ballester Añón e Perdiguero (2003c); Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón (2003b); A Medicina Contemporânea (1925c, 1925e, 1926c, 1927a, 1927b).

Nestas tentativas reformistas, visando os serviços de saúde, o controlo da malária e a saúde rural, pesa significativamente a participação de Portugal na Sociedade das Nações e, mais concretamente, no CHSDN, por intermédio de Ricardo Jorge. Jorge integrara mesmo a «comissão mista» que elaborara o «projecto de organização dos Serviços de Higiene da Sociedade das Nações», tendo sido eleito por larguíssima maioria para integrar o comité permanente deste organismo.¹¹ Entre as décadas de 20 e 30, o CHSDN criara comissões técnicas especializadas em questões particulares de saúde, nomeadamente a tuberculose, a saúde infantil e a malária, apoiando os Estados aderentes à OHSDN na estruturação de serviços abrangentes dessas áreas da saúde (League of Nations - Health Organisation 1927; Société des Nations 1931).

Ricardo Jorge seria, potencialmente, o intermediário da circulação de ideias e práticas (organizativas e técnicas) relacionadas com a saúde pública e os serviços de saúde, nas quais se inscreveria a particularização dos serviços dedicados à malária. No entanto, mantêm-se os obstáculos na passagem da letra à prática, sugerindo a dificuldade de Ricardo Jorge em congregar as forças (sobretudo políticas) em torno das suas propostas e convicções. Esta incapacidade viria a ser criticada por um observador estrangeiro, que o acusaria de não saber valer-se do seu prestígio internacional para promover a saúde preventiva e os serviços de saúde em Portugal (ver cap. 4).

Uma vez mais, a conjuntura política e financeira não é favorável ao bom progresso da reforma dos serviços de saúde que praticamente estagna até 1929. Faria substituíra Ricardo Jorge como director-geral de saúde (Dezembro de 1928), empenhando-se na organização de um serviço de saúde pública orientado pelos princípios da higiene social enquanto «disciplina social» (Faria 1934, 9). No seu trabalho *Administração Sanitária*, de 1934, sugere dificuldades na integração dos princípios sanitários na administração pública do Estado corporativo, dado que as «corporações administrativas [...] – mesmo que nos últimos anos algumas delas venham a revelar um critério muito melhorado em tal sentido – não aceitam as indicações quasi sufragadas das estações técnicas, às quais resistem ou até fazem oposição» (Faria 1934, 16). O director-geral de saúde via esta necessidade de integração da higiene e medicina sociais na administração do Estado como uma tendência que se impunha perante «a

¹¹ Ricardo Jorge para chefe da secretaria da Sociedade das Nações, Ministério dos Negócios Estrangeiros, Offício N.º 59-A, 17 de Novembro, 1923, 3.º piso. A28, M63, AHDMNE. Em 1929, Ricardo Jorge foi nomeado para ocupar um dos dois lugares da vice-presidência do Comité de Higiene da Sociedade das Nações (Société des Nations, «Comité d'Hygiène, procès verbaux de la treizième session tenue à Genève du 25 au 31 octobre 1928», Genebra, 21 de Janeiro, 1929, p. 6, A28, M67, SDN, Questões de Higiene, Comité de Higiene da SDN, AHDMNE).

senda de reforma sanitária que internacionalmente se estava acentuando» e à qual o decreto de Outubro de 1926 procurara responder (Faria 1934, 10).

No final da década de 20, Portugal achava-se numa situação financeira periclitante, com os serviços de saúde estatais dispersos por diferentes organismos e tutelados por diversos ministérios. Nestas circunstâncias a DGS via-se cerceada nas suas competências e possibilidades. Fora da ingerência da DGS ficavam a «hospitalização geral», o tratamento dos tuberculosos e leprosos, a saúde materno-infantil, a assistência a inválidos e portadores de deficiência, a assistência a doentes oncológicos, a higiene escolar (Faria 1934). Fora da tutela da DGS haviam também estado o Instituto Central de Higiene de Lisboa (voltou à alçada da DGS em 1929), o Laboratório de Bacteriologia e Higiene do Porto e o Laboratório de Higiene de Coimbra, integrados no Ministério da Instrução Pública. Havia sido igualmente cortada a «verba para o funcionamento do conselho superior de Higiene e para qualquer missão de estudo, inquérito ou representação em congressos» (Faria 1934, 21).

Por contraste, Silva Correia enumera a multiplicidade de instituições ligadas à protecção à infância (lactários, creches), cuidados às mulheres grávidas, assistência aos tuberculosos, etc., que tomaram forma até meados dos anos 20, reconhecendo embora a sua «falta de coordenação e uniformidade de critérios» (Correia 1954, 54), bem como o seu pendor clínico e apenas indirectamente preventivo, dando conta de um caleidoscópio de agentes e tutelas. Por seu lado, Alberto de Faria parece descartar a relevância destas iniciativas desconexas e fragmentadas, considerando que, até 1926 «Faltavam-nos inteiramente os serviços de higiene social e de puericultura» (Faria 1934, 29). A narrativa de Faria apresenta-o como o mentor da organização dos serviços de saúde dentro dos modelos internacionalmente estabelecidos.

Era no âmbito da medicina social, cujo objectivo geral seria o de «lutar contra a morbilidade e de reduzir a mortalidade», juntando-se-lhe o provimento da «conservação das melhores qualidades no desenvolvimento e perfeição do povo, isto é, da raça que o compõe» (Faria 1934, 143, 144), que Alberto de Faria inscrevia os esforços desenvolvidos no sentido de organizar um serviço de saúde obedecendo aos princípios internacionalmente estabelecidos e a modelos ensaiados em outros países, destacando-se o Reino Unido. A narrativa de Faria (1934) sobre a organização de um serviço de saúde eficaz em Portugal entronca precisamente nas questões da medicina social, com referências cautelosas ao eugenismo.

Nesta linha de uma medicina estatal preocupada com a prevenção e centrada nas pessoas, foi por iniciativa de Faria que se organizaram os postos de protecção à infância, a

formação de visitadoras (iniciada em 1929), os dispensários de higiene social, o parque sanitário e o centro de saúde de Lisboa (financiado pela FR e aberto em 1939). E foi também nesta lógica higienista, dividida entre a necessidade/vontade de acompanhar o momento internacional e as limitações administrativas e orçamentais do contexto político, social e económico português, que surgiu a oportunidade de desenvolver o conhecimento sobre a distribuição e características da malária em Portugal, bem como as possibilidades de a tratar. Contudo, esta acção não se destacava das restantes iniciativas sanitárias preconizadas pelo novo director-geral de saúde. Era apenas uma das dimensões da organização dos serviços de saúde à escala nacional, cada vez mais inclusivos das áreas rurais.

Os argumentos eugénicos e o potencial integrador dos serviços de saúde, particularmente dos SAS, estendendo a autoridade do poder central ao mundo rural, parecem, à partida, elementos significativos de mobilização do poder político em torno das questões da saúde. Como se disse no capítulo 2, o olhar sobre o mundo rural gerava alguma ambiguidade interpretativa, oscilando entre o reconhecimento do atraso, da ignorância e do obscurantismo, e o reconhecimento da essência da identidade portuguesa, seu vigor e originalidade. Por outro lado, o Estado Novo elegeu os campos, sua população e «tradições» como elementos centrais da retórica sobre a identidade nacional portuguesa (ver Leal 2000; tb. Melo 2001).¹² Assim, uma medicina voltada para os campos, seu espaço físico e seus habitantes, poderia encontrar nesta linha de teorização argumentos para sustentar a legitimidade da sua função preventiva e, por conseguinte, conservadora dos elementos mais positivos dessa identidade campestre, na qualidade dos homens.

Contudo, embora o discurso nacionalista pudesse referir-se à regeneração física da população ou à preservação das qualidades da «raça», dos programas políticos não fazia parte um plano de regeneração assente nos avanços científicos e técnicos da medicina, na sua vertente de saúde pública, ao contrário do que sucedera no México revolucionário do início do século XX (vd. Birn 2006); ou na Itália fascista do início da década de 20, em que a campanha governamental para o controlo da malária tinha como componente a ideia de revigoração da raça (vd. Snowden 2006); ou no Brasil, onde o «movimento sanitário activo e de carácter nacionalista» se traduziu, segundo o argumento de Hochman (2006),

¹² No seu trabalho sobre cultura popular e identidade nacional, João Leal fala de «tensões e conflitos que atravessam o campo dos discursos sobre a cultura popular portuguesa», enquanto elemento fundamental da identidade nacional, domínio partilhado por diversas áreas de estudo, com percepções diversas sobre esse campo partilhado (Leal 2000, 19).

numa forte intervenção dos governos central e/ou estadual na regulamentação e acção em saúde pública.

Os médicos portugueses também não produzem um discurso doutrinário, associando higienismo e nacionalismo, impondo-se à própria ideologia do Estado, como sucedeu, por exemplo, no Brasil, durante a Primeira República. No Brasil, o movimento sanitaristas, através da campanha propagandista intensa e persistente da Liga Pro-Saneamento, criada em 1918 e presidida por Belisário Penna, médico do Instituto Oswaldo Cruz e um dos principais ideólogos do programa de saneamento do país, conseguiu reunir actores e interesses em torno da causa sanitária, resultando na sua regulamentação e institucionalização à escala nacional, expressa em acções como o serviço de profilaxia rural (vd. Lima e Hochman 2000; Hochman 2006).

Enquanto no Brasil ancilostomíase, malária e doença de Chagas servem para definir os sertões e reclamar o seu saneamento e integração na nação brasileira, em Portugal a malária não define o mundo rural. Se esta doença pode ser vista como um pretexto para a integração do «campo» na administração sanitária, deste modo aproximando-o do poder central, este argumento não tem implicações legais e práticas que coloquem a sanidade rural na vanguarda da estruturação e consolidação do poder do Estado português; ou na vanguarda da colonização interna e na dissolução das fronteiras entre o mundo rural atrasado e depauperado e o mundo moderno e desenvolvido, simbolizado na ciência, especialmente na medicina sanitária, ideologia inerente ao movimento sanitarista brasileiro e expressa numa «geografia sanitária» que definia e caracterizava os sertões mais enquanto categoria social e política do que enquanto espaço físico (Hochman 2006, 70, 71).

Além disso, em Portugal, o empenho reformador sanitarista, intermitente ao longo das duas primeiras décadas do século XX e mais persistente a partir do final da década de 20, não consegue um efeito tão significativo na consolidação e centralização do poder público, como sucedeu no contexto brasileiro. Os actores «politicamente relevantes» são semelhantes no Brasil e em Portugal, excluindo-se, em ambos os contextos, as populações objecto das intervenções sanitárias da esfera do planeamento e negociação de interesses. Mas as circunstâncias político-institucionais, sociais, profissionais (i.e., da profissão médica) geográficas, epidemiológicas são diversas. Os próprios médicos sanitaristas portugueses não tinham poder ou influência suficiente; ou seja, não exerciam a influência política que Ilana Löwy descreve no caso da Liga Pró-Saneamento, no Brasil (Löwy 2001, 104). Em 1964, Miller Guerra e F. Tomé escreviam que «Os Serviços de Saúde Pública nunca seduziram os

médicos, apesar das tradições que possuem e dos resultados práticos que alcançam. A medicina sanitária não criou raízes, nem faz parte das aspirações da maioria dos médicos» (Guerra e Tomé 1964, 628). Esta afirmação tanto pode ser interpretada como indicio da fraca «tradição» sanitaria entre os médicos portugueses, quer como o resultado da pouca importância dada à saúde pública pelo Estado, factor de desmotivação e desmobilização entre a classe médica.

Que a cultura científica médica, particularmente o higienismo, tivesse subjacente um ideário nacionalista e até eugénico (não racista mas assente na ideia de preservação das qualidades físicas da população pela higiene),¹³ como demonstram Pereira e Pita (1993) e Pereira (2001), não permite assumir que essa ideologia fosse integrada no projecto nacionalista do Estado, traduzindo-se na institucionalização e estatização da assistência médica. Não quer isto dizer que o Estado descartasse a ciência médica como recurso de regulação dos corpos, do seu programa de reforma social, transversal ao projecto republicano e ao Estado Novo. Existia um programa oficial de promoção da qualidade dos cidadãos, contemplando não só a regulação dos comportamentos (uma «higiene moral», onde as mulheres tinham o lugar preponderante como objectos de regulação), mas também a educação física como promotora das qualidades físicas e morais (ver Gomes 1991; Brasão 1999; Hasse 2001; Marques e Pereira 2001).¹⁴ O que, de resto, não era tanto uma peculiaridade dos regimes autoritários, mas uma marca da modernidade progressista do período entre as duas guerras.

Durante os anos 30, alguns médicos evocavam a degenerescência da raça para justificar a necessidade de estabelecer acções antimaláricas eficientes (Bettencourt 1930; Landeiro 1934). Mas as referências ao papel da malária na degenerescência da raça (que, como vimos no cap. 1, não são novas no discurso médico dos anos 20 e 30, surgindo também na argumentação médica do século XIX e no texto referencial de Ricardo Jorge), devem ser percebidas como produção desse ambiente ideológico dominante. É apenas um argumento no

¹³ Nas primeiras décadas do século XX, a preocupação com a hereditariedade e degenerescência dos cidadãos teve alguma expressividade na área da saúde mental (ver Pereira 2001; Ramos 1994), chegando mesmo a haver uma tentativa de regulamentação do casamento, com base em princípios eugénicos, em 1910; a proposta de lei não conseguiu aprovação (Pereira 2001). Também trabalhos como, por exemplo, os de Costa Sacadura, dedicados à obstetrícia e saúde materno-infantil, com incursões sobre a regulação dos casamentos, de forma a evitar a reprodução de indivíduos doentes, deficientes, etc., se inscrevem nessa vertente eugenista baseada na hereditariedade e com preocupações demográficas (Sacadura 1906, 1919, 1923, 1926, 1929[?], 1938a, 1938b).

¹⁴ O controlo dos corpos e dos indivíduos enquanto projecto de saneamento nacional é mais visível na área assistencial, particularmente da repressão da mendicidade, do que nos serviços de saúde, especialmente no âmbito da medicina preventiva. Veja-se sobre a institucionalização dos mendigos, vadios e dementes no Estado Novo o trabalho de Susana Pereira Bastos (1997) *O Estado Novo e os seus Vadios*. Sobre o papel, importância e organização da assistência neste período, o trabalho de Irene Pimentel (2000).

meio de muito outros, nunca constituindo um eixo fundamental da discussão em favor do estudo e controlo da malária. Ou seja, o esforço dos médicos para o engajamento do poder político na «causa da malária» não se apoiou significativamente em argumentos eugénicos ou nacionalistas.

A alvorada dos Serviços Anti-Sezonáticos: a Estação Experimental de Combate ao Sezonismo de Benavente

A malária foi classificada por Faria (1934) como uma das endemias a considerar na morbilidade nacional, a par da tuberculose, da lepra, do tracoma, das doenças venéreas, da raiva e da varíola. A criação de um serviço anti-sezonático não significava a atribuição de qualquer prioridade ao problema da malária; antes, seguia o modelo adoptado de dedicação de determinadas instituições a doenças específicas, conforme as recomendações do relatório da CPSDN, de 1927. Esta comissão indicava não só o estudo continuado da malária nas diferentes regiões onde era endémica, mas também «o estabelecimento na sede do Governo de uma organização central oficial semelhante àquela que é comum para outras doenças sociais como a tuberculose ou as doenças venéreas» (League of Nations - Health Organisation 1927, 67).

Ao criar um serviço dedicado ao tratamento, estudo e à profilaxia da malária, a DGS não aspirava a um programa anti-malária à escala nacional e muito menos colocava como objectivo daqueles serviços «a completa extinção do mal, visto que, para os conhecimentos actuais, só em raríssimos casos isso poderá ser concebido e realizado». Assim, os SAS teriam apenas como meta «a redução do número e malignidade dos casos», tanto mais que «o melhor princípio condutor da luta anti-sezonática num país será aquele que determine a escolha dos meios a usar dentro da possibilidade financeira que nesse país seja de esperar» (Faria 1934, 62). A DGS procurava acompanhar o que se fazia no resto da Europa em matéria de controlo da malária, seguindo as tendências e indicações dimanadas da CPSDN, cujo relatório atrás referido (League of Nations - Health Organisation 1927) Faria (1934) cita largamente e que parafraseia na exposição dos objectivos concebidos para os SAS. Nesse relatório, a comissão recomendava também aos governos dos países europeus onde a malária era endémica que «estabeleçam uma pequena organização central, permanente, de trabalhadores seleccionados, que dediquem todo o seu tempo à investigação da malária»; no entanto, rejeitava a estratégia das «campanhas anti-malária» que classificava como «um rol de expectativas exageradas

seguido, mais cedo ou mais tarde por desapontamentos e abandono do trabalho» (League of Nations - Health Organisation 1927, 9).¹⁵

A região de Alcácer do Sal (ou seja, a região do Sado) foi considerada um dos focos mais pertinazes da malária, tendo sido dos primeiros locais onde o arroubo higienista desenvolveu um estudo epidemiológico sobre a doença (Portugal Medico 1930; Faria 1934), levado a cabo por António Carvalho Dias (Correia 1954), um dos primeiros médicos especializado em malariologia, em Paris. Na sequência deste estudo, a DGS incentivara as «beneficiações urbanas, rurais e agrícolas» (Faria 1934, 66) tendo em vista o recuo da doença. Contudo, Benavente foi a escolha para a localização de «uma Estação experimental de luta anti-sezonática» (Figueira 1933, 111) em resultado de condições circunstanciais medicamente conotadas com a epidemiologia da malária. De acordo com artigos médicos da época e com a narrativa do próprio Alberto de Faria (1934), após um período de acalmia na incidência da malária, entre 1925 e 1929, verificou-se uma recrudescência da doença, iniciada em 1929 e estendendo-se aos primeiros anos da década de 1930. Este aumento significativo do número de casos (identificados com base na sintomatologia dos doentes, associada aos indicadores ambientais medicamente relacionados com malária, e não por intermédio de procedimentos técnicos como a recolha de sangue e sua observação ao microscópio, ou pela medição dos baços) foi sobretudo sentido na região envolvente de Benavente (Salvaterra de Magos, Samora Correia, Santo Estêvão), no Ribatejo (Faria 1934). Este surto esteve na origem de uma série dos artigos do médico ribatejano Motta Cabral, atrás referidos (cap. 2), instando as autoridades sanitárias a desenvolverem medidas duradouras de protecção das populações vulneráveis (Cabral 1929a, 1931, 1933).

Outras razões apontadas pelo director-geral de saúde são a centralidade da vila em relação a uma vasta região onde a malária era endémica e a sua carência de «instalações de salubridade urbana geral» (Faria 1934, 66). Neste ponto, resta-me assumir as razões da escolha de Benavente oferecidas pelos participantes e decisores do projecto de instalação da Estação Experimental de Combate ao Sezonismo (EECS), pois as fontes permitem apenas

¹⁵ No relatório, a CPSDN deixava claro que «o presente mandato da nossa Comissão não se ocupa com o problema de converter áreas maláricas em não maláricas»; antes, «ocupa-se somente com as medidas a serem adoptadas para que a malária deixe de ser uma causa importante de doença e morte» (League of Nations - Health Organisation 1927, 11). A Comissão explicava ainda, logo no início do relatório, que o seu objectivo era «esclarecer quais as medidas mais apropriadas [ao controlo da malária] em países onde os custos das medidas de saúde pública devem ser tomados em consideração e onde, consequentemente, as medidas antimaláricas que podem ser levadas a efeito são financeiramente limitadas, de acordo com a relativa importância da doença quando comparada com a importância de outras doenças e condições que afectam a saúde pública» (League of Nations - Health Organisation 1927, 9).

conjecturar sobre outros factores influenciando essa escolha, como a colaboração e interesse da administração municipal e o envolvimento da Santa Casa da Misericórdia de Benavente, que se prontificou a ceder espaço para o funcionamento da estação nas instalações do seu hospital.

A direcção da estação foi confiada a Nicolau Bettencourt, na qualidade de vogal do Conselho superior de Higiene, coadjuvado por Landeiro e Figueira, todos ligados ao IBCP. Em 1930, Landeiro e Figueira, os dois médicos propostos por Alberto de Faria para as bolsas de malariologia da SDN, tinham completado o curso (Figueira e Landeiro 1931). Por altura do início das actividades da EECS, Bettencourt, Figueira e Landeiro visitaram «os serviços antipalúdicos do Instituto de Naval Moral de la Mata e outros da provincia de Cáceres em Espanha» (Figueira 1933, 111), assumindo claramente a influência do modelo espanhol na configuração dos SAS em Portugal.

De facto, a estação de Benavente funcionou dentro de um modelo semelhante ao adoptado para os dispensários-laboratório em Espanha. Tal como estes, tinha funções laboratoriais (recolha e análise de sangue de indivíduos com sintomas de malária), de tratamento dos doentes (distribuição de quinino), reconhecimento das condições climáticas, geográficas, topográficas e humanas (actividade agrícola, características das habitações) condicionantes da incidência da malária, identificação dos mosquitos, profilaxia (limpeza de canais, eliminação de larvas de mosquito). A DGS previa também que a estação de Benavente se tornasse um local de ensino da malariologia em Portugal (Figueira e Landeiro 1932). Desta forma, supria as carências nacionais nesta área, seguindo uma vez mais o exemplo da Espanha, onde o dispensário de Navalmoral de la Mata assumira as atribuições de instituto, formando técnicos nacionais e estrangeiros (bolseiros da Sociedade das Nações), pelo menos desde 1927 (Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b, 159, 160).

Note-se que, em Espanha, os dispensários para o controlo e tratamento da malária haviam assumido muitas vezes um carácter polivalente, prestando socorros em outros aspectos da saúde das populações rurais. Os relatórios sobre o funcionamento da estação de Benavente dão conta da intervenção exclusiva em relação à malária, indo ao encontro dos depoimentos de alguns dos seus utentes (ver cap. 5). No entanto, Silva Correia nota não só a proliferação de dispensários «especializados (antituberculose, antivenéreos, de puericultura, anti-sezonáticos) ou mistos, bivalentes ou polivalentes» (Correia 1954, 53), depois de 1931, mas também a variedade de denominações (postos, centros de saúde, lactários) que lhes podiam ser atribuídas, sugerindo uma certa maleabilidade de funções, conforme as

necessidades do meio onde se inseriam. A noção de «dispensário» estava estritamente ligada à medicina social, sendo condição para a sua classificação como tal «de em todos eles haver consulta médica, com a preocupação, em grau maior ou menor, essencialmente preventiva, embora realizando a terapêutica, quando esta é indispensável à profilaxia» (Correia 1954, 57).

O relatório do primeiro ano de funcionamento da EECS reflecte essa conjugação de influências subjacentes à sua constituição e condicionantes dos objectivos e funções que lhe foram atribuídos. Assim, logo no início do relatório está patente a importância atribuída à caracterização das condições locais, com influência na epidemiologia da malária. Os autores localizam geograficamente a vila, descrevendo as características geográficas e geológicas; sobre o clima nada têm a dizer por estar ainda em instalação o equipamento que lhes permitiria fazer as observações «com base científica» (Figueira e Landeiro 1932, 192).

Na caracterização da região, referem-se sobretudo ao tipo de estrutura fundiária, ocupação dos solos e actividades agrícolas dominantes, com as implicações decorrentes na distribuição da população e na sua ocupação. O destaque vai claramente para a extensão considerável dos campos de arroz, considerada como o elemento mais significativo para a proliferação de *Anopheles*. As soluções propostas pelos responsáveis da estação de Benavente não passam pela redução ou deslocamento dessa cultura mas antes por intervenções técnicas antilarvares – «bonifica anti-anofelínica», na designação de Figueira e Landeiro (Figueira e Landeiro 1932) – tendentes a reduzir o número de mosquitos criados nos canteiros de arroz.

Mas a estação não ignorava a dimensão social. O relatório assinala as deficiências na higiene pública e apresenta elementos, ainda que generalistas, sobre as condições de vida da população de Benavente, realçando a exiguidade dos salários que a impediam de atingir os níveis satisfatórios de higiene, habitação, alimentação e vestuário. Destas observações podemos presumir no discurso de Landeiro e Figueira, redactores do relatório, a sujeição da malária à pobreza, não num sentido causal directo mas na medida em que os baixos salários resultavam na inacessibilidade a recursos fundamentais para defender os indivíduos da doença. Ante esta realidade, a estação propunha-se «estudar a forma de melhorar e mais rapidamente remediar as deficiências apontadas» (Figueira e Landeiro 1932, 196). No entanto, não especifica quaisquer medidas concretas; e quanto a outras doenças que afectavam a população, demarca-se da sua resolução dando conta que «a assistência clínica e farmacêutica é-lhes dada pelos Montepios em que se acham na sua quasi totalidade agremiados» (Figueira e Landeiro 1932, 197).

As acções adoptadas para o conhecimento e controlo da malária na região de Benavente são igualmente descritas com rigor. Para a avaliação da incidência da malária, procedera-se à determinação dos índices esplénico e parasitário. Como medidas de controlo estabelecera-se um plano de tratamento com sulfato de quinino e quinoplasmina, obedecendo a um esquema de tomas rigorosamente calendarizado e monitorizado pelos funcionários da estação. Este esquema de tratamento era complementado com intervenções ambientais, no sentido de eliminar os mosquitos (Figueira e Landeiro 1932).¹⁶

Apesar das medidas ambientais profiláticas, «o tratamento metódico e prolongado pelo quinino» era considerado a «modalidade mais importante» da «luta anti-sezonática» (Figueira e Landeiro 1932, 207) e é detalhadamente explanado no relatório. Descreve-se o esquema organizado para a distribuição dos medicamentos antimaláricos, para adultos e crianças, bem como o sistema de vigilância do tratamento que obrigava à comparência dos pacientes no posto ao fim de cada fase do tratamento, havendo em alternativa a esta modalidade, e para os recalcitrantes, «a visita domiciliária». As duas visitadoras da estação tinham um papel fundamental no seu funcionamento, pois eram polivalentes: faziam as visitas domiciliárias, assistiam nas consultas, eram preparadoras do laboratório e procediam ao registo dos doentes. Dando ao sistema montado para o tratamento dos doentes um carácter ainda mais controlador (a acrescentar ao registo dos doentes, verificação das comparências e vigilância domiciliária), a própria distribuição de cada um dos passos da consulta e tratamento, no espaço onde funcionava a estação, é cuidadosamente representada em planta, no relatório (Figueira e Landeiro 1932, 213).

Por outro lado, e apesar da eficiência sugerida pelo esquema de tratamentos e pela vigilância exercida pelas visitadoras, sempre ficamos a saber que «grande parte dos doentes [fora] impedida pelas suas ocupações no campo de seguir com regularidade o tratamento comparecendo na consulta nos dias estipulados» e que outros «por várias razões alheias à Estação não seguiram com regularidade o tratamento» (Figueira e Landeiro 1932, 215, 216). Este comentário, bem como a referência à familiaridade de grande parte dos assalariados rurais com o uso do quinino no tratamento da malária, em virtude de este lhes ser fornecido gratuitamente pelos Montepios explica, em parte, o bom acolhimento à estação; mas também sugere percepções contrastantes sobre a sua funcionalidade, por parte de utentes e técnicos. Para os utentes, acostumados a gerirem autonomamente o quinino dos Montepios,

¹⁶ A quinoplasmina era preparada a partir do sulfato de quinino e da plasmoquina, um dos primeiros antimaláricos sintéticos, desenvolvido na Alemanha (Anónimo 1932).

provavelmente de acordo com um auto-diagnóstico, a estação seria apenas mais um lugar onde podiam obter o medicamento, eventualmente em maior quantidade e regularidade (ou pelo menos com a regularidade que lhes parecesse razoável e que era suficiente para interromper os acessos de febre), tomando-o segundo o seu próprio critério, regendo-se pela sintomatologia da malária, particularmente pelos acessos febris.

Temos, por conseguinte, a descrição de uma organização asséptica, funcional e eficiente mas também concorrida. Figueira e Landeiro fazem notar que muitos dos doentes que haviam procurado os serviços da estação eram das localidades vizinhas (Salvaterra, Marinhais, Samora Correia, Santo Estêvão) da vila de Benavente. Nas conclusões instam à criação de dispensários nas povoações circundantes, de forma a beneficiar maior número de indivíduos, aproveitando o bom acolhimento que manifestavam em relação ao serviço que lhes era prestado. E, de facto, em 1932 são criados «os postos de Samora, Santo Estêvão, Salvaterra de Magos, Marinhais e Quarteira e o Dispensário de Alcácer do Sal» (Landeiro 1934, 10), como extensões da estação de Benavente.

Iniciara-se a expansão dos SAS, com a instalação de estações, postos e dispensários, nas regiões classificadas como de maior incidência da malária. Em 1933 o dispensário de Alcácer passara a Estação, com os postos de Quarteira, Mina de São Domingos e Herdade do Pinheiro sob sua dependência, e abriu a estação de Soure (Landeiro 1934).

A EECS é fundamental para a consolidação das práticas associadas à malária, em Portugal. Remete para a importância da circulação entre internacional, nacional e local, pela tentativa de adaptação das práticas de conhecimento, acção e organização relacionadas com a malária, preconizadas pela CPSDN, mas também pelo contacto com a realidade transfronteiriça mais próxima – Espanha; por concretizar o arranque de um serviço exclusivamente dedicado ao controlo e tratamento da malária, estabelecendo as práticas que definiriam as competências e acção desses serviços (avaliação e classificação dos doentes, segundo procedimentos específicos, prescrição e administração de tratamento, técnicas de intervenção ambiental para controlo de larvas); pela incorporação no seu funcionamento e acção das circunstâncias materiais e humanas locais.

Quanto às competências e acção atribuídas à Estação e aos SAS, estas seguem as indicações e exemplos internacionais, normalizando os modos de conhecer e fazer. Consolida-se, assim, um corpo de competências teóricas e técnicas específicas, vasto e complexo, localmente produzido, mas também permanentemente reajustado pela constante circulação de ideias, pessoas, técnicas, pela participação de novos agentes (mudanças

significativas ocorrerão com a intervenção da FR), pela realocação dos pontos de força das práticas de controlo da malária (criação do IM). Esse corpo de práticas cognitivas e técnicas compreende a classificação do espaço e delimitação de fronteiras nem sempre coincidentes entre os espaços com e sem malária, com e sem pântanos, arrozais ou outras concentrações de água, com ou sem mosquitos. E a circulação de pessoas infectadas entre estes diferentes espaços torna ainda mais complexa essa delimitação e a «vigilância das fronteiras», justificando também, eventualmente, a extensão dos SAS a cada vez mais localidades.

Mas na Estação vemos também, pela primeira vez, em prática os critérios e técnicas de observação dos doentes – palpação do baço, recolha de sangue e sua análise microscópica –, o registo dessas observações, as técnicas de limpeza de cursos de água e canteiros de arroz, o uso de verde de Paris para a destruição de larvas de mosquito e o desenvolvimento das técnicas de pulverização mais adequadas às condições do terreno, a organização e sistematização do próprio espaço institucional para albergar as múltiplas práticas que permitiam identificar a malária e agir sobre ela.

Como ponto de partida da materialização dos SAS, a Estação sugere a potencialidade destes serviços como elemento aglutinador de um país dividido entre rural e urbano, norte e sul, litoral e interior. A ciência das elites urbanas encontrava, assim, incidentalmente, mais um meio eficiente de extensão aos campos, ao interior remoto, por intermédio das estações, postos e dispensários instalados um pouco por todo o país. Os SAS ofereciam-se como um canal de penetração – não necessariamente deliberado ou programado – do poder estatal em áreas mais remotas, onde a autoridade governamental chegava transformada pelas lógicas de hierarquização e relações de poder locais.¹⁷ E se o mapa da doença, medicamente desenhado, condicionou inicialmente a extensão da rede dos SAS, proporcionou-lhes também a penetração e aceitação social anunciada pelo afluxo da população das localidades vizinhas de Benavente à Estação desta vila, primeiro passo para a cobertura nacional e acção polivalente que os serviços vieram a conhecer.

¹⁷ Sobre a ideia das tecnologias como aglutinadoras e construtores do espaço nacional veja-se Antonio Lafuente, Ana Cardoso e Tiago Saraiva (2007). A transposição desta noção, teorizada com maior detalhe no trabalho editado por estes autores, para o caso da ciência médica e particularmente, na minha pesquisa, da malariologia, requereria algumas considerações críticas e o reconhecimento de outras dependências, numa rede complexa. A malariologia e os serviços médicos dedicados ao controlo e tratamento da malária, com todos os recursos humanos, reportório de conhecimentos e técnicas que os compõem, só podem ser percebidos como elementos produtores de coesão e ligação se associados a outras redes, com outros recursos materiais, de conhecimento e de exercício de autoridade.

Os Serviços Anti-Sezonáticos e o Estado Novo

A concretização de uma acção sistemática de controlo da malária em Portugal inicia-se num contexto de expansão dos serviços de saúde orientados pelos princípios da medicina e higiene sociais, de carácter preventivo, regulador, protector e servidor dos indivíduos, com o fito no corpo social, uma vez que o objecto da saúde pública, enquanto área especializada, é «a análise dos determinantes da saúde e da doença ao nível da população» (Fee 1987, 2). Numa definição dada por João Avelar Maia de Loureiro, médico de saúde pública e um dos bolseiros da FR, «o princípio coroador de toda a obra de saúde pública será a valorização do potencial humano, tomando êste no sentido físico, mental, económico e social» (Loureiro 1945, 1). Trata-se de uma perspectiva sobre a saúde que cruza os interesses do Estado com os direitos do cidadão e os princípios humanistas.

Contudo, no caso português, a consolidação da saúde pública como área profissional especializada e fundada em disciplinas científicas (ver Fee 1987) é um processo lento. Nas primeiras décadas do século XX, a especialização em medicina sanitária, feita no Instituto Central de Higiene, em Lisboa e, depois da reforma do ensino médico, em 1911, os cursos especiais de higiene pública, organizados pelas faculdades de medicina (ver Faria 1934, 292), eram o que de mais aproximado havia de uma especialização em saúde pública. Mas o director-geral de saúde, Alberto de Faria, via na constituição de 1933 o prenúncio de uma nova etapa para a saúde pública em Portugal. Esta esperança no novo regime político pode ser interpretada como uma convicção pessoal sobre o valor da saúde para o Estado Novo, mas também como uma estratégia para integrar os programas sanitários no projecto político. Contudo, as expectativas de Faria são moderadas. Não só está consciente das limitações financeiras do seu serviço, cujo orçamento previsto na sequência da reforma de 1926 fora significativamente reduzido em 1928 (Faria 1934), mas também reconhece limites ao alcance das iniciativas a tomar pelo Estado nesta área, atendendo ao seu carácter corporativo.¹⁸

Em face dessas limitações, legítimas, no entender do director-geral de saúde, mas nem por isso menos cerceadoras da organização de um serviço de saúde eficiente e global, em 1931 é solicitada a colaboração da FR, que financiava já as bibliotecas das faculdades de medicina para a aquisição de periódicos médicos em língua inglesa (ver cap. 4). Embora o

¹⁸ Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, Torre do Tombo (TT)/Arquivo Salazar (AOS)/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319. «Art. 40.º É direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade da alimentação e da higiene pública. Art. 41.º O Estado promove e favorece as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade» (República Portuguesa 1935, 13).

pedido de Faria tenha sido formulado no sentido de conseguir apoio para a organização de serviços de saúde à escala nacional, os modelos de acção e cooperação da FR acabariam por eleger o problema da malária como um dos núcleos fortes da sua intervenção em Portugal, na expectativa de que servisse de ponto de partida para estimular a acção do Estado na área da saúde pública, em geral. A malária havia já sido sujeita a estudo e acção dedicada por parte da DGS, aquando dos contactos formais com a FR, tendo a EECS iniciado a sua actividade (ver cap. 4).

Assim, da colaboração formal com a FR resultou a realização de um inquérito sobre a malária em Portugal, levado a cabo por Landeiro e Francisco José Cambournac (Landeiro e Cambournac s.d.), sob a orientação de Rolla B. Hill, representante da fundação americana em Portugal (ver cap. 4). Os inquéritos eram uma parte fundamental da metodologia da fundação para a avaliação epidemiológica, mas eram também uma recomendação da CPSDN, para a qual o reconhecimento das situações concretas no terreno e suas condicionantes constituíam uma etapa necessária para elaborar as estratégias a adoptar no controlo da malária (ver League of Nations - Health Organisation 1927). A partir da sistematização dos elementos recolhidos, medicamente reconhecidos como relevantes para a identificação da malária (clima, geografia, topografia, hidrografia, «focos anofelígenos», índices esplénicos, índices parasitários; vd. Landeiro e Cambournac s.d.), era possível classificar o espaço e as populações infectados ou vulneráveis; ou seja, era possível fazer o mapeamento das regiões e populações maláricas. Era com base nestes dados que se desenvolviam programas de investigação e intervenção, bem como a distribuição das estações, postos e dispensários.

Apesar da secundarização dos serviços de saúde dentro dos programas do governo e da convicção Faria que defendia um serviço anti-sezonático como parte do programa profilático dos serviços de saúde, restringindo-se a regiões específicas, Landeiro, o director dos SAS, tinha outros planos que divulgou e defendeu ancorando-os no projecto do Estado Novo e à revelia do director-geral de saúde.

Landeiro (1934) preconizou a expansão e autonomização dos SAS, num trabalho intitulado *Organização do Serviço Anti-Sezonático em Portugal*, publicação de uma comunicação que apresentara no I Congresso da União Nacional (UN). Nesta comunicação, logo nas primeiras linhas, inscreve a «luta anti-sezonática» nos princípios orientadores da UN, ao dizer que «As condições da actual organização governativa da Nação permitiram que se desse início à luta anti-sezonática. Bem cabido nos parece, pois, apresentar êste estudo ao Primeiro Congresso da Instituição cujo propósito de organizar a Nação foi afirmado pelo seu

Chefe» (Landeiro 1934, 5). Landeiro não se esqueceu, no entanto, de relacionar o papel fundamental dos SAS não só com a construção da nova nação guiada por Salazar (que cita profusamente), mas também com o contexto internacional.

O serviço estaria centrado no Instituto Antisezonático, a criar em Alcácer do Sal, com a função de «empreender a luta Antisezonática e o ensino da Malariologia em Portugal». Ao instituto ficariam subordinadas todas as estações, postos e dispensários; os directores das estações, presididos pelo director do Instituto, formariam o Conselho de Sezonismo ao qual competiria, entre outras matérias, «dar parecer sobre todos os assuntos que directa ou indirectamente se relacionem com a luta antisezonática e o ensino da malariologia» e «organizar anualmente o programa de luta a empreender na época seguinte» (Landeiro 1934, 22). O projecto de Landeiro previa a constituição de unidades móveis, o regime de tempo integral do pessoal empregado nas estações e postos anti-sezonáticos, a cooperação com os serviços de saúde e outros serviços públicos, nomeadamente os hidráulicos e de agricultura, acções de propaganda, controlo da sanidade nas escolas. Na verdade, tratava-se de estender à escala nacional as iniciativas ensaiadas no âmbito do funcionamento da EECS, indo mais além, no caso da sanidade escolar.¹⁹

Esta situação acabou por gerar tensões entre o director-geral de saúde e Landeiro, nunca perceptíveis no corpo de documentos produzidos por ou sobre os SAS. É num conjunto de documentos enviados por José Alberto de Faria directamente para Salazar que o director-geral de saúde dá conta do comportamento «indisciplinado» de Landeiro e suas pretensões de estender os SAS a todo o país, tentando, ao mesmo tempo, justificar-se pelas acusações surgidas na imprensa aos serviços de saúde e aos SAS. Neste conjunto de documentos (uma carta dactilografada à qual estão anexos vários documentos ilustrativos dos assuntos nela tratados), Faria explica que desde 1933 (a carta tem data de Agosto de 1935) vinha acumulando dúvidas quanto à razoabilidade de manter Landeiro no lugar de «médico assalariado dirigindo o serviço [anti-sezonático]»,²⁰ em face de queixas sobre a sua conduta e extrapolação de competências.

¹⁹ Landeiro não estava sozinho na sua cruzada pela expansão dos SAS. Motta Cabral, nas páginas da revista *A Medicina Contemporânea*, reclamava «Que por meio de postos e estações de combate se proceda a um tratamento intensivo dos habitantes, e isto quer dizer que se alargue, intensifique e multiplique pelo País fóra a esfera da acção da luta iniciada, em esboço, pela Direcção Geral de Saúde com a Estação de Benavente, dando àquela entidade os necessários poderes para mandar proceder a enxugo de pântanos, limpeza e abertura de valas e colectores – em resumo, que o perigo social do sezonismo possa ser eficazmente combatido por uma luta organizada em moldes científicos» (*A Medicina Contemporânea* 1933b, 352).

²⁰ Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, p. 13, TT/AOS/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319.

Prosseguindo o rol de agravos atribuídos a Landeiro, Faria assume uma posição quase hostil em relação aos SAS, ao dizer que:

Sempre sob uma relativa indisciplina, que contudo era dominada, o serviço ia correndo até que em fins de Outubro passado houve que fechar as estações e eu tive a impressão clara de que o director de serviços não tinha de forma alguma evitado os protestos, tão pouco inteligentes, como atrevidos, que essa ordem motivou.

Está claro que a determinação foi adoptada por não haver absolutamente dinheiro e sem grande pena por se entender que o Estado Português não tem o dever de se substituir aos gastos e cuidados que pertencem às corporações locais, conforme dizem expressivamente as leis para estes casos.²¹

Estes factos não são mencionados no conjunto de fontes consultadas sobre os SAS. Apenas nas páginas da revista *A Medicina Contemporânea*, de 11 de Novembro de 1934 se transcreve, sem comentários, um brevíssimo artigo do *Diário de Notícias* onde se dá conta de uma reunião promovida pela Câmara Municipal de Alcácer do Sal, no intuito de dar resposta à indignação e protestos reinantes na sequência do encerramento do posto anti-sezonático local, por ordem da DGS (*A Medicina Contemporânea* 1934a). De resto, a ameaça de encerramento dos postos anti-sezonáticos terá ficado sem efeito com a decisão da CRCA, regulamentada por decreto de 30 de Outubro de 1934, de financiar os serviços anti-sezonáticos (ver cap. 2).

No entanto, se as fontes não revelam um empenho particularizado de Faria nos SAS que, como epidemiologista e sanitarista, os considerava parte integrante do serviço de saúde, na verdade a acção anti-sezonática é lançada por sua iniciativa. Contudo, há a considerar que Faria estava a dirigir-se directamente a Salazar, na tentativa de justificar acusações feitas a pessoas e serviços por si próprio chefiados, comprometendo-o directa ou indirectamente. Por outro lado, Faria estava filiado na União Nacional, integrando a sua junta consultiva. O seu discurso deve, por conseguinte, ser interpretado como um compromisso entre convicções próprias e a necessidade de apelar à boa vontade de Salazar, apoiando o projecto e as orientações do governo. Mas demonstra também a permanente e plena consciência do director-geral de saúde (que Landeiro também revela), de que a saúde pública e os serviços de saúde não eram apenas um conjunto de práticas cientificamente fundadas e com fins de melhoramento social, eram também politicamente dependentes e comprometidos, especialmente quando dependiam totalmente do financiamento estatal.

²¹ Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, p. 14, TT/AOS/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319.

De qualquer modo, parecia haver uma resistência do director-geral de saúde a qualquer possibilidade de autonomização dos SAS, sobretudo quando a própria DGS funcionava com grandes dificuldades:

O serviço [anti-sezonático] era e é feito por assalariados médicos e natural seria que eles desejassem que se lhes desse organização e quaisquer direitos. Sempre lhes respondi que não tinha qualquer direito de esperar que o Governo resolvesse dessa maneira porque o pensamento governamental, pelo menos quanto á Direcção Geral de Saúde e para os outros serviços também, tem sido sempre o de não aumentar os quadros.

Em vários relatórios orçamentais e d'outra espécie eu pedi organizações e novos quadros nos meus serviços sem obter qualquer solução.²²

Igualmente, ao sujeitar estes serviços à tutela da inspecção de higiene do trabalho, sem classificar abertamente a malária como uma doença do trabalho, estava, de facto, a delegar grande parte da responsabilidade pelo seu controlo às corporações ligadas à actividade agrícola, talvez na tentativa de contornar as dificuldades orçamentais crónicas da DGS. Mas estava, acima de tudo, e como diz claramente na sua exposição da Salazar, a refrear as tendências de autonomia dos SAS e a disciplinar as pretensões expansionistas de Fausto Landeiro.

Faria explana a lista de agravos perpetrados por Landeiro, numa clara confrontação de autoridades, revelando também na sua exposição o conflito entre a DGS e os Ministérios das Obras Públicas e Comunicações, do Comércio e Indústria e da Agricultura, decorrente das intercepções do problema da malária com a hidráulica e com a produção e comércio do arroz (ver cap. 2).

Mas a posição de Landeiro acaba por afirmar-se e os SAS não só se expandem a todo o país, como acabam por ganhar a autonomia pretendida, em 1938, em consequência directa da colaboração com a FR. No entanto, este desenlace não pode ser percebido como a preponderância do projecto de Landeiro sobre o de Faria. Na verdade, como adiante se verá, a questão da saúde pública e da assistência médica às populações rurais acabará por entrar nas aspirações dos SAS, resultando numa espécie de compromisso entre o problema da malária e as questões mais abrangentes da saúde das populações.

²² Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, pp. 12, 13, TT/ AOS/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319.

Os Serviços Anti-Sezonáticos: uma acção discreta

Apesar das intenções de Alberto de Faria de demitir Landeiro, este mantém-se como director dos SAS até à sua morte em 1948.²³ É difícil acompanhar a acção deste serviço dada a irregularidade da publicação dos seus relatórios. Podemos conhecer a versão oficial das orientações e dificuldades até 1943, havendo depois um longo interregno de informação até 1956, nas vésperas da eliminação total da malária no território nacional europeu.

Em 1941, fazendo o balanço de «dez anos de luta contra a endemia», o discurso de Fausto Landeiro não revela qualquer vestígio da disputa velada que travara com Alberto de Faria. Antes, reconhece ao director-geral de saúde um papel fundamental no lançamento da acção anti-sezonática, derrubando o «esfíngico muro de irresolução em que se vivia» e «habilmente apreoveit[ando] a época de realizações entre-aberta pela obra administrativa de Salazar» (Landeiro 1942, 11). Para além do tom apaziguador, espontânea ou formalmente dividindo os louros com o director-geral de saúde, uma vez mais Landeiro procurava legitimar os seus projectos e aspirações ancorando-os no próprio projecto de reforma da «nação» forjado pelo Estado Novo. É neste sentido que reafirma «a justa ambição de melhorar e progredir, aproveitando o âmbito criado pela revolução Nacional para a Renascença de Portugal», alargando a acção dos serviços (Landeiro 1942,14). Mais, este alargamento da acção dos SAS tinha subjacente um objectivo que transcendia o problema da malária e que era a «generalização a todo o País da Campanha de Sanidade Rural que, afinal, era a base da sua [SAS] actuação, embora, firmada de início apenas na luta anti-malárica» (Landeiro 1942, 23).

Note-se que a higiene rural ganhara preponderância no âmbito das políticas internacionais de saúde, pelo menos desde o início dos anos 30. A atenção despertada pelas zonas rurais e sua população decorria do esbatimento das fronteiras entre o rural e o urbano, resultante do processo de integração das explorações agrícolas no modelo de produção capitalista, da deslocação de população dos campos para a cidade e da tendência expansionista da saúde pública, percebida pelos seus praticantes como elemento fundamental da administração dos espaços e das populações. O campo ou algumas práticas agrícolas, podiam ser reconhecidos como uma ameaça à cidade, como mostram Rodríguez Ocaña, Ballester Añón e Perdiguero (2003c), ao referirem-se ao pioneirismo catalão na organização de campanhas sanitárias em regiões de malária e à ameaça colocada pela existência de focos

²³ Amadeu Lobo da Costa sucedeu a Fausto Landeiro, na direcção dos SAS.

maláricos nas imediações de Barcelona. Mas outras preocupações moviam também os sanitaristas: era necessário garantir a força de trabalho representada pela população rural. Ao mesmo tempo, as questões humanistas, os mesmos princípios civilizadores e progressistas que alimentavam o discurso colonialista, inspiravam também a inclusão do mundo rural no programa da higiene e saúde públicas.

Assim, no Verão de 1931, o CHSDN realizou uma conferência sobre higiene rural, por proposta do governo espanhol (em Espanha, a questão da higiene rural estava intimamente ligada ao controlo da malária), seguindo a iniciativa de um grupo de médicos liderados por Pittaluga, director da Escola Nacional de Higiene de Madrid e membro do CHSDN. Deste congresso saíram propostas orientadoras para a organização de serviços de saúde nas zonas rurais (instalação de centros de saúde rurais, primários e secundários; relação entre serviços públicos, seguros de doença e assistência; dispensários), insistindo na importância crescente da profilaxia (Société des Nations - Organisation d'Hygiène 1931, 7).

O controlo da malária integrava-se perfeitamente nestas tendência e orientação, como o demonstrava a estratégia seguida em Espanha (ver Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b). E o projecto de Landeiro reflectia a linha de orientação do CHSDN em prol da saúde rural, ao mesmo tempo que era perfeitamente congruente num país de economia ainda essencialmente assente na produção agrícola pouco mecanizada e dependente do trabalho braçal. Mas onde, por outro lado, o Estado parecia apostar no controlo dos campos sobretudo por intermédio de uma oligarquia de proprietários rurais, de mecanismos assistenciais (ver cap. 5), bem como da produção de um discurso ideológico nacionalista, onde o mundo rural tinha um dos papéis principais como repositório da ancestralidade tradicional e incorrupta; nesta representação dos campos, acrescida da concepção do Estado corporativo, as preocupações sanitárias tinham um papel secundário.

Sobre o encerramento das estações anti-sezonáticas em 1934 nada é dito, no balanço dos dez anos de acção dos SAS. Na verdade, depois das estações de Alcácer do Sal, aberta em Setembro de 1932, e de Montemor-o-Velho, aberta em Julho do ano seguinte, em Agosto de 1934, aparentemente à margem das perspectivas de encerramento, inaugurara-se a estação do Pocinho (Landeiro 1942, 15).²⁴ Contudo, há a ressaltar que a criação formal das estações e postos não corresponde à sua efectivação imediata. Por exemplo, a estação do Pocinho foi

²⁴ «**Pôsto anti-malárico do Pocinho.** Começou-se a proceder à instalação do Pôsto anti-malárico do Pocinho, Vila Nova de Fozcoa, ultimamente criado. Presidiu a essa instalação o sr. Fausto Landeiro. Esta obra de grande utilidade para os sezonáticos da Régua à Barca de Alva, deve-se aos srs. José Silvério de Andrade, facultativo municipal e delegado de saúde dêste concelho, governador civil dêste distrito e Fausto Landeiro, que bastante se interessaram para a sua criação» (A Medicina Contemporânea 1934d, CCXXI).

criada formalmente em Agosto mas em Setembro ainda se estava a iniciar a sua instalação. Causa também alguma perplexidade a indicação de que a estação de Alcácer teria sido aberta em Setembro de 1932. Em aparente contradição, a revista *A Medicina Contemporânea* de 29 de Janeiro de 1933 noticia que o ministro do Interior recebera «uma numerosa comissão delegada das Câmara municipais de Alcácer do Sal, Barreiro, Grândola, Sesimbra, Setúbal, Sines, Almada, Montijo, Seixal, Palmela e Alcochete, e das associações operárias de Alcácer que, acompanhada do sr. governador civil de Setúbal, lhe foi entregar uma representação pedindo providências para o problema da malária que se manifesta naquela região» (*A Medicina Contemporânea* 1933d, XXV). Em Abril, a mesma revista ainda transcreve um artigo do *Diário de Notícias*, dando conta que «A Câmara Municipal, Juntas de Freguesia de S. Tiago e Rui Salema, Misericórdia, Associação Alcacerense de Socorros Mútuos e várias associações de classes locais dirigiram telegramas ao Govêrno pedindo providências contra o sezonismo», em face do recrudescimento da malária. No Verão de 1932 a câmara havia solicitado «providências [...] á Direcção Geral de Saúde» que, em resposta e «mediante o concurso pecuniário da Câmara», destacara «para Alcácer um dos médicos do serviço anti-sezonático de Benavente, que, procedendo embora a estudo clínicos e sanitários de valiosa aplicação futura e exercendo uma acção terapêutica importante, não tem podido, por falta de meios necessários, alargar o seu trabalho para um verdadeiro e eficiente combate anti-palustre em todos os seus variados aspectos» (*A Medicina Contemporânea* 1933a, 106).

Em resposta a esta agitação em torno do «reacendimento» da malária na região de Alcácer, em Junho de 1933 anunciava-se que «Devido aos esforços do sr. Fausto Landeiro, director dos SAS, foi elevada a estação o pôsto anti-malárico de Alcácer do Sal. Está a ser organizada ali a brigada para trabalhos de campo, de combate às larvas» (*A Medicina Contemporânea* 1933c, CCXXXVI).

Em 1934 planeava-se a instalação do posto de Azambuja, financiado pelos orizicultores locais (ver cap. 2). Ainda neste ano, a revista *A Medicina Contemporânea* dava voz a várias reclamações da população de Azambuja e Coruche, entre as quais, o pedido para que fosse estabelecida uma distância de segurança entre os arrozais e as povoações (*A Medicina Contemporânea* 1934b, 1934c), medida que viria a ser adoptada em 1938, com a nova decretação sobre a produção de arroz.

O avanço dos SAS era penoso e por vezes caótico, dependendo mais dos financiamentos e vontades/pressões locais, eventualmente associadas à iniciativa de Landeiro, do que de um programa estatal. Mas o caso de Azambuja ilustra também a harmonização de

interesses, convicções e expectativas de diversos agentes em torno das medidas de controlo e tratamento da malária, tornando-a uma produção local com diversos sentidos: se proporciona a expansão dos serviços médicos ao mundo rural, na sua «missão profilático-social», adequa-se também às lógicas locais de autoridade e influência, subjacentes à propriedade e às relações de trabalho, bem como à prática assistencial, marcada pela caridade, de que as Misericórdias são o elemento mais expressivo.

No entanto, embora a notícia das iniciativas locais reclamando medidas regulares para o controlo da malária e iniciando a sua efectivação revelem receptividade e até familiaridade com os recursos médicos para o controlo da malária, persiste a dúvida sobre o envolvimento directo e efectivo dos trabalhadores rurais nessa reivindicação; ou sobre as suas expectativas em relação a esses serviços. Mesmo quando as notícias sobre o empenho geral pela instalação dos postos anti-sezonáticos falam nas «associações operárias», ou quando médicos como Motta Cabral aludem ao infortúnio dos camponeses da região de Azambuja, soando como seus porta-vozes (ver cap. 2).

Não pretendo, com esta ressalva, sugerir que havia por parte da população resistência ou desconfiança em relação aos SAS, mais concretamente em relação aos postos anti-sezonáticos e seus funcionários. Embora Landeiro diga que «Não pequeno foi o escolho com que topamos ao depararmos com a carência de educação higiénica das populações e a superabundância de preconceitos, alguns ridículos, com que se emaranhavam as questões vitais para a saúde pública» (Landeiro 1942, 25), podemos interpretar esta resistência como um desencontro de significados e percepções sobre saúde, sobre a própria malária e sobre as funções dos postos anti-sezonáticos (ver cap. 5); não como recusa das práticas médicas. Apesar de privilegiarem o tratamento dos doentes, os médicos esforçavam-se por assumir uma abordagem preventiva, insistindo na salubridade e modificação de hábitos dos indivíduos; mais, a sua concepção de cura da malária implicava não o desaparecimento de sintomas, mas do parasita no sangue dos infectados. Isto implicava tratamento prolongado, nem sempre compreendido e seguido pelos pacientes, mas também, por vezes, a frustração das expectativas dos utentes, que procuravam o posto convictos de que padeciam de malária; «e assim, quando o exame de sangue não satisfazia o diagnóstico por eles pré-estabelecido, fácil é de calcular quais as observações feitas, e por vezes, quais as atitudes de quem se julga com direito ao medicamento gratuito do Posto, e se via na necessidade de ir à farmácia adquiri-lo» (Freire 1952, 3). Ao recorrerem ao «postos da sezões» as pessoas tinham em mente o alívio imediato de um mal concreto que elas próprias haviam diagnosticado por

familiaridade com os sintomas e pelo saber passado de geração em geração; a sua abordagem era imediatista e curativa, centrada numa malária feita de sintomas perceptíveis e nas suas implicações nos ritmos quotidianos dos afectados, no seu desempenho social.

Landeiro refere-se a «questões vitais para a saúde pública», o que remete para mais do que recolha de amostras de sangue e distribuição de antimaláricos. O discurso do director dos SAS sugere a intenção de educar a população rural e salubrizar o meio, o que implicaria necessariamente interferências e transformações nos hábitos e ritmos quotidianos. A educação e a propaganda higiénica eram consideradas por Landeiro como instrumentos fundamentais de acção antimalárica. Neste sentido, discorria sobre métodos para divulgação de «preceitos higiénicos», nomeadamente aqueles mais directamente relacionados com a prevenção da malária, quer no relatório sobre a estação de Benavente, quer em artigos posteriores (Landeiro 1943). Foi também por sua iniciativa que se produziram folhetos de divulgação higiénica, visando em particular a malária, escritos em forma de história ligeira (Landeiro 1937).²⁵

As dificuldades encontradas no contacto com a população e o seu empenho propagandista e educativo (de resto dimensões fundamentais na saúde pública e acção sanitária) levaram Landeiro (Landeiro 1943) a efectuar um inquérito junto dos utilizadores dos postos e estações anti-sezonáticos, para recolher e avaliar as representações da população sobre a malária, bem como o tipo de tratamento a que habitualmente recorriam (ver cap. 5). Tratou-se de uma iniciativa instrumental mas cuja metodologia e resultados obtidos lembram uma etnografia em pequena escala. Os dados eram avaliados e contabilizados na base do «certo» e «errado»; a sua interpretação revela a hegemonia dos conhecimentos e práticas médicos sobre as percepções e experiências individuais e comunitárias, servindo para legitimar as medidas que pretendia implementar para superar a ignorância popular sobre as sezões.

Landeiro sugeria também a necessidade de envolver na propaganda higiénica, para mobilização das populações em prol do tratamento e controlo da malária, outras classes profissionais e sociais, com capacidade de influenciar, pela sua autoridade, as populações rurais, à semelhança do que sucedera em Itália, onde os professores tiveram um papel activo na educação para as questões da malária; ou nos EUA onde o modelo de intervenção proposto pela FR para as áreas rurais do sul preconizava a participação das autoridades locais, considerada fundamental. Nesta linha, Landeiro defendia que, para a divulgação dos

²⁵ Numa entrevista de grupo realizada em Benavente (Verão de 2005), a D. Leonor referiu-se a estas publicações para divulgação e educação sobre a malária, sua causa, transmissão e tratamento, dizendo que se lembrava de as ter lido, quando criança.

princípios higiénicos relacionados com a malária mas também os princípios de higiene geral «tôdas as profissões podem ser aproveitadas, quer sejam patrões ou professores quer sejam apenas indivíduos recrutados entre aquêles que demonstrem boa vontade» (Landeiro 1943, 96).

As aspirações de Landeiro e de alguns dos directores das estações e postos anti-sezonáticos, como Francisco Freire, do posto de Azambuja (Landeiro 1942; Freire 1952), de alargar os serviços médico-sanitários prestados à população a outras patologias esbarravam nos problemas orçamentais tanto dos SAS, como da própria DGS que os tutelava. O anúncio do encerramento dos postos anti-sezonáticos surgira precisamente por falta de verbas; estes mantiveram-se activos na sequência da proposta de financiamento por parte da CRCA, criada em 1933 (ver cap. 2). Em 1934, foi promulgado um decreto-lei (de 29 de Outubro) que encarregava a comissão da cobrança de uma «taxa de 5 milavos por quilograma de cereal [arroz] transaccionado»; esta taxa seria paga por produtores e industriais do arroz e destinava-se «a auxiliar a luta contra o sezonismo, em harmonia com o plano adoptado pela Direcção Geral de Saúde e por intermédio desta» (Ministério do Comércio e Indústria - Direcção Geral do Comércio e Indústria 1934, 551). O restante do orçamento dos SAS seria estabelecido pelo Estado, mas em menor proporção do que a receita conseguida com a taxa sobre o arroz.

A CRCA «passou em 1937, e de acôrdo com a *Direcção Geral de Saúde*, a custear inteiramente as despesas das estações anti-sezonáticas de Alcácer do Sal, Benavente e Montemor-o-Velho» (Comissão Reguladora do Comércio do Arroz 1937), as únicas então existentes, permitindo-lhes funcionar durante todo o ano. Em 1943, as estações e postos anti-sezonáticos funcionavam durante todo o ano mas os dispensários e as consultas ambulantes apenas prestavam assistência durante os períodos de maior incidência de malária, variando o tempo da sua actividade conforme as regiões onde se situavam (início variando entre Março e Julho e cessação entre Setembro e Novembro) (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1943, 1944).

Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos: novo estatuto e novos desenvolvimentos

A direcção dos SAS surgiu formalmente de um decreto do Ministério do Comércio e Indústria e da Agricultura, associado a mais uma decretação sobre a cultura do arroz, desta vez no sentido de a limitar (vd. Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938a). O serviço nunca havia sido regulamentado autonomamente nas suas atribuições e

competências, o que contribuiria para a ambiguidade do seu funcionamento e regência. A sua formalização coincidiu com a conversão da Estação para o Estudo do Sezonismo, em Águas de Moura (1934), em Instituto de Malariologia (1938). Foi em Águas de Moura que se desenvolveu investigação experimental sobre epidemiologia e controlo da malária; foi também ali que se ensinou a malariologia e se formaram os técnicos que integravam os SAS.

A oficialização dos SAS, como serviço autónomo (relativamente), inscreve-se na lógica de normalização da produção de práticas cognitivas e técnicas sobre a malária em Portugal. O facto, apenas aparentemente inusitado, de este serviço ser regulado por um decreto do Ministério do Comércio e Indústria e da Agricultura é, em si, revelador dos múltiplos elementos organizados em torno da malária e que, de facto, a definem. Particularmente relevante é a fixação implícita da importância dos arrozais na produção da malária e o estabelecimento de um local de referência para a produção do conhecimento sobre as condições específicas da doença, mas também de competências técnicas.

As experiências desenvolvidas na região de Águas de Moura, pela Estação para o Estudo do Sezonismo são evocadas como argumento de autoridade na elaboração do decreto n.º 28:493, de 19 de Fevereiro de 1938 (vd. Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938b). Quanto à influência da FR, num dos relatórios enviado à delegação da IHD em Paris, cerca de 1937, Hill explicava que a mudança da regulamentação da cultura do arroz estava em marcha e que, para tal, havia sido formada uma comissão composta por três elementos encarregados de delinear a nova legislação. Dessa comissão fazia parte Francisco José Cambournac, em representação da DGS. Cambournac era o braço direito de Hill na estação de Águas de Moura; por conseguinte, para além de representante da DGS era uma espécie de embaixador da estação. Mas o próprio Hill terá tomado parte no delineamento da nova legislação, segundo consta de alguns relatórios do IHD.²⁶ É ainda Hill quem, no seu relatório de 1939, diz claramente que «a aprovação de uma nova lei para a cultura do arroz e anti-malária, em 1938, foi um resultado directo do nosso trabalho, tendo as principais partes da lei sido escritas com a nossa ajuda e conselho».²⁷

²⁶ «Paris Office IHD, Annual Report for 1938: Introduction, Portugal, Uganda», 1938, pasta 2930, caixa 243, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, New York (RAC); Strobe para Sawyer, 22 de Junho, 1937, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC; Rolla B. Hill, «Portugal – Malaria Institute», 1939, pasta 397, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

²⁷ Rolla B. Hill, «Portugal – Malaria Institute», 1939, pasta 397, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

O decreto n.º 28:493, de Fevereiro de 1938 criava, então, a Direcção de Serviços Anti-Sezonáticos, na dependência da DGS. A estes serviços ficavam subordinados quatro estações e quatro postos anti-sezonáticos. Era da competência dos novos serviços o controlo do estado sanitário dos «ranchos» migratórios ocupados no trabalho do arroz e suas habitações; prestar cuidados médicos gratuitos a estes grupos; apresentar aos organismos estatais competentes, propostas para trabalhos de beneficiação sanitária; promover a protecção mecânica de populações ameaçadas pela malária; desenvolver iniciativas de educação sobre causas, efeitos e prevenção da malária; desenvolver investigação na área da malariologia e «organizar cursos de aperfeiçoamento do pessoal técnico e auxiliar empregado na defesa contra o sezonismo». A investigação e a formação far-se-iam essencialmente no IM. No que respeitava aos funcionários, destaca-se a obrigatoriedade de o director dos SAS e de os directores das estações e postos serem «médicos malariólogos e não poderem exercer qualquer outra actividade profissional» (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938a, 501).

Quanto ao financiamento dos serviços, o decreto-lei estabelecia a verba atribuída pelo Estado no Orçamento Geral, bem como «o produto da taxa cobrada pela C.R.C.A. nos termos do artigo 1.º do decreto n.º 24:619, de 29 de Outubro de 1934» (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938a, 501). Deixava também aberta a possibilidade de inclusão de outros subsídios, não especificados.

Assim, e como nota Lobo da Costa 25 anos depois da criação dos SAS, a FR marcou definitivamente a «orgânica e funcionamento» dos serviços, nomeadamente no que respeitava à autonomia administrativa; orçamento independente, contemplando receitas próprias; especialização dos técnicos com funções directivas e regime de «tempo integral»; «organização de tipo linear, com observância do conhecido princípio administrativo de ‘comando único’, elidindo a possibilidade de dispersão de esforços» (Costa 1963, 8).

Não pretendo, com esta linha expositiva, sugerir uma acção determinista por parte da IHD. Na verdade, a sua influência só é possível por existirem condições locais propícias: interesse por parte dos médicos ligados aos SAS e, eventualmente, do próprio director-geral de saúde, em estabelecer definitiva e regularmente o funcionamento de um serviço e programa para o controlo da malária (a IHD oferecia recursos materiais e científicos inestimáveis para este fim). Por outro lado, a regulamentação do IM e dos SAS, intimamente relacionada com a cultura do arroz e conferindo a esses serviços algum poder decisório sobre esta actividade agrícola, só podia surgir pacificamente num momento em que também os interesses dos produtores de arroz podiam resultar, se não beneficiados, pelo menos não

lesados. Como se viu no capítulo 2, o excesso de produção permitia a adopção de medidas restritivas e, consequentemente, mais permeáveis à interferência dos agentes sanitários e das limitações que estes pudessem sugerir, com base em argumentos profiláticos.

Contudo, entre a lei, supostamente ditada pela IHD, e a acção no terreno, existia um mundo de agentes e acontecimentos que condicionavam não só a observância do estabelecido, mas também as acções já iniciadas pelos SAS. Por exemplo, em Benavente, Landeiro explicava que «a luta anti-larvar [...] foi suspensa porque o aumento constante da area de cultura de arroz, junto da vila, tornava onerosa e falha de bom resultado a sua aplicação»; «[a] defesa pelas obras de hidráulica, de rios e valas, ruída em grande parte, pela ausência de conservação devida, constitui um dos factores contrários ao nosso completo êxito»; e por fim «[a] generalização de defesa mecânica, das casas, com redes metálicas, inda (*sic.*) não imposta como medida valiosa de protecção contra o mosquito e a mosca» pesava também negativamente nos resultados alcançados (Landeiro 1942, 27).

Apesar destes reveses, persistia o modelo eclético de controlo da malária pelo tratamento dos doentes e por saneamento do meio. Assim, os relatórios de actividades das estações e postos anti-sezonáticos apresentam dados sobre os índices esplénico e parasitário, tratamento de doentes, localização e estudo dos pontos de criação de mosquitos, medidas para a eliminação dos mosquitos (Figueira e Landeiro 1932; Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1942, 1943, 1944).

Apresentam também dados sobre o obituário nos concelhos onde funcionavam os postos e estações anti-sezonáticos, revelando uma tentativa de objectivar o impacto da malária na vida das populações afectadas, de acordo com os modelos de rigor científico e estatístico. Essas análises, bem como a quantificação de doentes que recorriam à estação/posto e dos que cumpriam ou não os tratamentos sob o controlo dos serviços, oferecem elementos sobre a morbilidade da doença. Os médicos valorizavam claramente este elemento em detrimento da mortalidade, por cada vez mais se afirmar a ideia de que a malária em Portugal não era causadora de grande número de mortes, sendo as perdas decorrentes desta doença de carácter económico, na forma de dias de trabalho perdidos e de diminuição da rentabilidade da força de trabalho. Esta perspectiva marcava o primado da medicina preventiva sobre a curativa, subjacente à saúde pública e patente na orientação dos SAS. Como dizia Rolla Hill, «é mais fácil prevenir do que curar o paludismo. Os trabalhadores são produzem mais e melhor do que os doentes» (Hill 1937, 18). Esta era uma espécie de divisa dos SAS, cuja acção, embora fosse direccionada para os trabalhadores rurais, dependia da colaboração dos proprietários das

terras, nomeadamente na aplicação das normas para a construção de alojamentos para os «ranchos» migratórios (ver Ministério do Interior – Direcção Geral de Saúde 1943). Embora as críticas aos proprietários sejam quase inexistentes, Joaquim Augusto Facha, director do posto de Azambuja, escreveu, no seu relatório referente ao ano de 1943, que «As condições de trabalho nas populações rurais mantêm-se as mesmas e a protecção dada pelo lavrador aos ‘ranchos’ não é nenhuma» (Ministério do Interior – Direcção Geral de Saúde 1944, 188).

A partir dos anos 40 vulgarizou-se o uso de medicamentos antimaláricos sintéticos. A investigação de medicamentos sintéticos que pudessem substituir o quinino foi despoletada sobretudo pela falta do alcalóide (mais significativa durante a I e II guerras). Contudo, as primeiras substâncias conseguidas (plasmoquina, em 1926 e atebrina, em 1932) tinham um efeito tóxico que impossibilitava a sua utilização em larga escala. Só durante a II guerra mundial se obtém atebrina numa forma que, embora causando alguns efeitos secundários, era tolerada como substituto efectivo do quinino (Honigsbaum 2002). Em Portugal, pelo menos a partir de 1942 encontramos a plasmoquina, a atebrina e a quinoplasmina a serem usadas nas estações e postos anti-sezonáticos (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1943, 1944).

No capítulo da acção antilarvar – a mais vulgar para a eliminação dos mosquitos –, quando a EECS começou a funcionar, já se vulgarizara o uso do verde de Paris no tratamento das acumulações de água onde se reproduziam os mosquitos *Anopheles* (sem substituir totalmente o uso de óleos e parafina; na escolha das substâncias a usar pesavam factores ambientais e económicos). Contudo, o início da II guerra mundial veio criar descontinuidades quer no tratamento dos doentes quer nas medidas anti-mosquito, resultando, segundo os SAS, no recrudescimento da morbilidade da malária. Assim, os relatórios de 1941 a 1944 explicam «os efeitos da guerra» no funcionamento das estações, postos e dispensários anti-sezonáticos em todo o país, referindo como «a falta de medicamentos, de gasolina, de pneus, gasóleo e petróleo» resultara na suspensão de tratamento ou tratamento incompleto para «milhares de doentes», no encerramento de dispensários e na interrupção das consultas ambulantes (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1943, 28).

Juntava-se aos factores logísticos, assumindo o carácter de factores epidemiológicos, o aumento da produção do arroz, verificado até 1943, igualmente efeito do conflito mundial (em 1940, a superfície de arrozais foi de 22127 hectares; em 1941, 25417; em 1942, 26428; e em 1943 desce para 25920 hectares). Embora a legislação de 1938 previsse a fixação de «zonas de protecção» em torno das vilas e cidades das regiões maláricas, bem como o

pronunciamento dos SAS na concessão de licenças para cultura do arroz, em algumas regiões esta aumentava «com licença ou sem ela» (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1943, 51).

Apesar da tendência geral para traduzir a população assistida pelos SAS em números (inscritos, infectados, tratados, recidivas, índices esplénicos e parasitários), decorrente do formato e linguagem estabelecidos para a elaboração dos relatórios, alguns comentários permitem um vislumbre breve sobre as condições de vida dessas populações e sobre os factores considerados como «ambiente sazónico» (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1943, 60). Assim, pontualmente, os médicos referem o acentuar das dificuldades económicas da população como um factor que vem «modificar desfavoravelmente o *ambiente antisezónico*», na medida em que se considera que, mais expostos à fome, os indivíduos perderiam a sua resistência natural à malária. Contudo, a solução imediata para este problema residia no acesso a «suficientes medicamentos e restrição dos arrozais» (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1943, 60). A guerra, mas também o pragmatismo técnico dominante nas políticas internacionais de controlo da malária, não deixavam espaço à corrente humanista/socialista que tivera os seus dias de glória no início do século XX, e sobretudo em Itália (antes dos antimaláricos sintéticos, do verde de Paris e das transformações sociopolíticas que a Europa conheceu depois da I guerra mundial), e que via nas reformas sociais, na melhoria das condições de vida das populações rurais, o caminho para o recuo da malária.

Contudo, se os modelos técnicos e organizativos secundarizavam as condições concretas em que viviam e trabalhavam as populações afectadas pela malária, os médicos que contactavam de perto com estas pessoas viam-se na contingência de adaptar esses modelos impessoais e tecnicistas à realidade quotidiana. E é também deste sentido pragmático, associado ao humanitarismo e à convicção sobre o papel regenerador da higiene, que os médicos dos SAS assumem a defesa da extensão dos cuidados de saúde prestados por estes serviços. Eram os próprios directores das estações e postos anti-sazonáticos quem defendia que, embora a morbilidade da malária fosse elevada, oscilante e vulnerável a diversos factores ecológicos e sociais, a mortalidade por esta doença era muito baixa. Por outro lado, em todo o país, mas especialmente nas zonas rurais, mais carecidas de cuidados médicos (apesar da presença de médicos municipais, das misericórdias e das casas do povo), a taxa de mortalidade infantil continuava a ser alta. Por conseguinte, o centramento no problema da malária não parecia justificável, face aos desafios da saúde infantil.

1. Mortalidade em crianças até 5 anos, por malária, diarreia e enterite

Anos	Total de óbitos	Total de óbitos (crianças até 5 anos)	Óbitos por diarreia e enterite (crianças até 5 anos)	Óbitos por paludismo (crianças até 5 anos)	Total nacional de óbitos por paludismo
1931	115225	42719	14421	60	149
1932	118895	46204	16873	58	137
1933	120996	44521	16297	67	148
1934	118539	--	--	--	197
1935	123051	44539	16668	120	214
1936	119003	40836	15276	119	236
1937	117291	42799	16618	134	281
1938	115331	39361	13807	125	217
1939	116075	37635	13847	94	210
1940	120486	39042	14688	116	240
1941	134937	46817	20215	231	477
1942	126531	41520	14978	297	767
1943	121887	41391	15501	171	438
1944	119275	38803	14909	117	292
1945	115596	36800	13871	115	248
1946	120800	37322	14697	78	168
1947	110437	32527	11622	39	83
1948	107576	33549	11872	27	66
1949	117499	37285	15460	14	50
1950	102798	29292	9932	9	24
1951	105473	27942	8551	12	28

Fonte: A partir de *Anuário Estatístico de Portugal* (1931-1951), <http://inenetw02.ine.pt:8080/biblioteca/search.do>.

Assim, em 1940 «teve início a Campanha Sanitária de Ponte de Sôr», consistindo na aplicação, ao contexto rural desta região, dos preceitos de higiene rural preconizados no relatório *Cross-Sections of Rural Health Progress*, de Harry S. Mustard, médico americano especializado em saúde pública e envolvido em projectos de saúde rural, nos EUA, desde os anos 20. Este relatório fora traduzido para português por Faria e Hill, com o título «Exemplo de Sanidade». O propósito declarado de Landeiro, enquanto director dos SAS, era estender a acção dos serviços de modo a promover a saúde rural em todo o país (Landeiro 1942, 23). Estes serviços procuravam consolidar a sua acção, aceitação e controlo nas regiões onde funcionavam as estações, postos e dispensários, cooperando com os delegados de saúde, as Misericórdias, as Casas do Povo e mesmo com os médicos que praticavam clínica privada (Ministério do Interior – Direcção Geral de Saúde 1944). De certo modo, esta rede permitia também, ainda que incidentalmente, a prevenção de conflitos de interesses e autoridade, num meio onde os cuidados médicos e assistenciais estavam distribuídos por diversos agentes. Mas

a intenção de Landeiro ia para além desta colaboração; tratava-se de alargar as competências dos SAS. Com este objectivo, fora solicitado às estações e postos anti-sezonáticos a realização de «relatórios-inquéritos» sobre as condições sanitárias das regiões por estes abrangidas (Landeiro 1942).

À iniciativa de estender a acção do posto anti-sezonático de Ponte de Sor à sanidade rural, em sentido abrangente, não foi estranha a influência da IHD, apenas sugerida pela referência ao relatório de Mustard. Na verdade, a iniciativa de Ponte de Sor é mencionada com optimismo por Hill em um dos seus relatórios, esperançado de que fosse apenas o primeiro passo no sentido de converter todos os postos e estações anti-sezonáticos em «centros de saúde generalistas».²⁸

Na sequência desta iniciativa, em 1941 o posto de Azambuja fez um «Inquérito Higiénico-Sanitário» de modo a conhecer o estado de salubridade geral da região de Azambuja, não apenas do ponto de vista da malária. Seguiu-se um «Inquérito Habitacional», realizado em 1942, para avaliar as condições em que vivia a população rural do concelho de Azambuja, mas também para avaliar a receptividade da população às instruções das visitadoras do posto anti-sezonático. Mais uma vez, o inquérito fora orientado pelo propósito de avaliar as condições sanitárias em geral e promover a divulgação de práticas de higiene, visando o melhoramento da salubridade geral e não apenas o problema da malária. Ante a boa aceitação da presença das visitadoras, iniciou-se «no ano de 1942 – Agosto – um Serviço de Higiene Infantil, limitado ao concelho de Azambuja, e que tinha como pensamento basilar e fundamental da sua actividade, a prática da educação sanitária» (Freire 1952, 7).²⁹

Esta prática não se generalizou a todas as estações e postos, apesar de os SAS terem sido renomeados «serviços de higiene rural e defesa anti-sezonática» (SHRDAS) pelo decreto-lei n.º 35:108, de 7 de Novembro de 1945 que reorganizava os serviços de assistência social. Neste decreto, reconhece-se a estreita ligação entre a assistência e a saúde, explicada pela relação inelutável entre a defesa da saúde e o «nível de vida da população». O decreto colocava toda a ênfase na «assistência preventiva» e na «assistência construtiva», estreitamente ligadas à «medicina preventiva ou social» (Ministério do Interior - Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social 1945, 899). Assim, embora mantendo direcções-gerais diversas, saúde e assistência conheciam uma «*unidade de direcção* ou de comando

²⁸ Hill para Faria, 2 de Fevereiro, 1940, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

²⁹ O serviço de higiene infantil foi mencionado por quase todos as pessoas que entrevistei na vila de Azambuja, referindo-se estas sobretudo à distribuição gratuita de leite e farinhas, bem como à assistência na doença.

superior [...] assegurada pelo Sub-Secretário de Estado da Assistência Social e a dualidade de direcções executivas dos serviços não obsta a que possa e deva estabelecer-se a mais estreita cooperação» (Ministério do Interior - Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social 1945, 900).

Sensivelmente a partir de 1945, com a reforma dos serviços de assistência e da saúde, interrompeu-se a publicação dos relatórios dos SHRDAS. Estes entraram numa fase de funcionamento regular, provavelmente sujeita às trepidações orçamentais costumeiras. A regularidade propiciava a sua naturalização e incorporação nos espaços e rotinas das regiões agrícolas, transformando-os no «desafogo» dos indivíduos mais carenciados (ver cap. 5).

Entretanto, cerca de 1948 iniciou-se a prática sistemática das pulverizações com insecticidas de acção remanescente (DDT e outros), sobretudo nas habitações e abrigos de animais, técnica que passou a dominar a estratégia para o controlo da malária, sem excluir a persistência do tratamento dos doentes.³⁰ E, de facto, nada indica que a acção antimalárica tenha assumido deliberadamente outro objectivo além do controlo da malária, apesar das observações de Cambournac sobre a ideia que tomava forma internacionalmente, de que os insecticidas de acção remanescente permitiam aspirar à erradicação.

A Estação para o Estudo do Sezonismo e o Instituto de Malariologia de Águas de Moura

Em 1934, em cooperação com a FR, foi criada a Estação para o Estudo do Sezonismo, em Águas de Moura. A escolha desta localidade para a instalação da estação justificava-se pelo facto de ser «a zona de maior intensidade e gravidade endémica do país, com índices esplénicos acima de 82% e dominância de *Plasmodium falciparum*», acrescentando a vantagem «técnica» «da população daquela zona se encontrar distribuída em aglomerados de 500 a 1500 habitantes distanciados 10 km ou mais entre si, o que permitia observações separadas no terreno» (Cambournac 1990, 14). Por conseguinte, para a escolha de Águas de Moura pesaram também as possibilidades «laboratoriais» oferecidas pela região, quer pelo seu ambiente natural quer pelas actividades e ocupação humanas; eventualmente, pesou ainda a

³⁰ Não é claro quando começa o DDT a ser usado largamente pelos SAS. Segundo um relatório de Lobo da Costa (director dos serviços), de 1956, 1948 terá sido o último ano sem DDT (Costa 1956); contudo, Cambournac dá conta da «baixa enorme de sezonismo em toda a região do Ribatejo, devida aos trabalhos dos Serviços Anti-Sezonáticos utilizando pulverizações com D.D.T.» (Cambournac 1948, 337). E se ao discurso oficial, escrito, acrescentarmos a memória de um antigo funcionário dos SAS em Alcácer, responsável pelas pulverizações com DDT, temos o ano de 1947 como aquele em que se inicia o uso deste insecticida, pelo menos naquela região.

intenção de criar de raiz toda a estrutura de investigação e experimentação, sem ter que negociar com as rotinas e métodos já estabelecidos em Benavente.

A estação de Águas de Moura foi dirigida pelo representante da FR em Portugal, Rolla Hill, passando a designar-se Instituto de Malariologia, no início de 1938.³¹ A inauguração do IM foi, segundo a descrição de Hill, motivo de grande aparato oficial, contando com a presença do ministro do Interior, do director-geral de saúde, do chefe de gabinete do ministro da Agricultura, do presidente da «comissão do arroz» (CRCA), do governador civil de Setúbal, de diversos malariologistas, dos delegados de saúde de Setúbal e Alcácer do Sal e de Lewis Hackett, reputado malariologista da FR, que então se encontrava de passagem por Portugal. Hill refere-se com optimismo ao discurso do ministro do Interior, interpretando o seu «pendor político – no melhor sentido do termo [...]» como indício de que «a sua presença e o seu discurso não eram meros eventos protocolares», mas sim o sinal de que «o governo tem realmente interesse no controlo da malária e não está apenas interessado na organização da malária, mas está provavelmente a voltar a sua atenção para um estudo de toda a organização da saúde».³² Este aparato oficial na abertura do IM pode ser também interpretado como a apropriação da instituição e do que esta representava como meio de propaganda e afirmação da autoridade do Estado. Particularmente significativa e expressiva dos múltiplos actores congregados em torno da malária, bem como das diferentes expectativas e intenções em jogo, é a presença de participantes de quadrantes tão diversificados: administração política, investigação, actividade agrícola e particularmente produção orizícola.

A criação do IM coincidiu com a regulamentação dos SAS e a nova legislação sobre a cultura do arroz, de Fevereiro de 1938. No âmbito desta norma legislativa, ao IM, que ficava na imediata dependência da DGS e colaborava com os SAS, cabia a função de formar os técnicos destes serviços.³³ Assim, em 1939, o IM organizou o primeiro curso de malariologia, exclusivamente para médicos dos SAS que integravam «o serviço da malária [SAS] há mais de um ano mas nunca fizeram a especialização formal em malariologia a qual, por lei, são obrigados a ter».³⁴ O curso era dirigido por Cambournac; as aulas e demonstrações eram «dadas por membros dos SAS, do serviço de engenharia sanitária, do Instituto de Medicina

³¹ Rolla B. Hill, «Inauguration of the Malaria Institute», 6 de Janeiro, 1938, pasta 397, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC. Ver também Câmara Municipal de Palmela (2001).

³² Rolla B. Hill, «Inauguration of the Malaria Institute», 6 de Janeiro, 1938, fl. 1, 2, pasta 397, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

³³ «Paris Office IHD, Annual Report for 1938: Introduction, Portugal, Uganda», 1938, pasta 2930, caixa 243, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

³⁴ Rolla B. Hill, 21 de Junho, 1939, pasta 897, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Tropical, do Centro de Saúde de Lisboa e do Ministério da Agricultura».³⁵ Outros técnicos, como os das brigadas encarregadas da aplicação de larvicidas e insecticidas e os microscopistas (sendo que alguns dos técnicos das brigadas estavam igualmente treinados para recolher amostras de sangue para análise e sua observação) recebiam também a sua formação técnica no IM.³⁶

A estação, e posteriormente instituto, teve um papel relevante na consolidação dos SAS, nomeadamente como centro de formação/preparação dos técnicos do serviço e da investigação sobre a especificidade da epidemiologia da malária em Portugal. Foi também através do IM que mais se fez notar a influência da FR na organização e funcionamento dos SAS. O próprio Hill escreveu, num breve relatório de 1939, que «o trabalho da Estação da Malária [estação para ao estudo da malária] foi um factor decisivo na chamada de atenção para a importância do problema da malária em Portugal; para a sua relação com a cultura do arroz; na formação de um serviço permanente da malária, pelo governo, e na orientação deste serviço».³⁷ O IM e a intervenção da IHD foram fundamentais para a consolidação da malária como um problema de saúde pública em Portugal. Formara-se, em Águas de Moura, um ponto nevrálgico da configuração da malária no país, mobilizando múltiplos agentes, saberes e técnicas (não só laboratoriais, mas também agrícolas e de engenharia sanitária), ligando múltiplas instituições de investigação e experimentação (médicas e agrícolas), bem como múltiplos pontos do território (nomeadamente através dos ensaios desenvolvidos nos campos experimentais do Ministério da Agricultura, espalhados pelo país, mas também pela normatização de práticas dos postos, estações e dispensários dos SAS). E ligando Portugal à rede internacional de investigação malariológica mas também de transmissão das técnicas relacionadas com a malária, através dos cursos internacionais ministrados no IM. O instituto era, ao mesmo tempo, um centro cosmopolita e «doméstico», parte do quotidiano das

³⁵ Rolla B. Hill, «Malaria – Portugal IHD», 16 de Maio, 1939, pasta 897, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC. Organizaram-se outros cursos para médicos em 1940, 1941, 1945, 1946 e 1947 («Semi-annual report. First semester 1940. Portugal», pasta 2945, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.; «Semi-annual report for Portugal and Spain, 1st Semester, 1941», pasta 2951, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC) e para engenheiros agrónomos e visitadoras sanitárias em 1940 (Cambournac para Director-Geral dos Serviços Agrícolas, 25 de Setembro, 1940, Cambournac para Director-Geral de Saúde Pública, 25 de Setembro, 1940, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA); veja-se também Cambournac (1990).

³⁶ Lista de estagiários médicos e microscopistas no Instituto de Malariologia de Águas de Moura, 1949-1975, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Comunicações pessoais de António Oliveira da Augusta e João Campos, técnicos das brigadas de luta anti-larvar dos SHRDAS.

³⁷ Rolla B. Hill, «Portugal – Malaria Institute», 1939, pasta 397, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

populações locais, não apenas objectificadas pela observação e experimentação laboratorial do instituto, mas dadoras de um sentido e significado ao IM, conforme às suas experiências pessoais e colectivas da malária.

Apesar de negar uma ligação causal inelutável entre arrozais e malária (ver cap. 2), a conclusão expressa no inquérito de 1933 de que a principal causa da malária em Portugal era «a cultura do arroz, que faz aumentar tanto a superfície de água e cria condições tão favoráveis para a produção de anopheles», originando «densidades de anopheles terrivelmente altas», estabelecia definitivamente os arrozais como principais alvos de intervenção das estratégias para o controlo da malária. Esta conclusão reforçava a pertinência dos métodos antimaláricos centrados na eliminação dos mosquitos, privilegiados pela IHD e seus representantes. As pesquisas de Águas de Moura desenrolavam-se na esteira dos estudos que, na Europa, encontraram uma resposta para o «anofelismo sem malária».

Esta questão alimentou as controvérsias entre modos diversos de conceber a malária e as acções empreendidas para lhe dar resposta, ou até mesmo os objectivos destas acções (controlo ou eliminação/erradicação?). A observação de grandes concentrações de mosquitos *Anopheles* em regiões onde ocorriam poucos ou nenhuns casos de malária colocava em causa a pertinência de insistir em medidas centradas na eliminação do mosquito (acções larvicidas, por recursos a petrolização ou verde de Paris). Este debate entroncava em divergências na própria definição lata da malária (diferentes malárias), genericamente associadas a contextos sociais, políticos e científicos diversos (o europeu e o americano): por um lado, a concepção da malária como uma doença social, impossível de eliminar senão pela melhoria das condições de vida e de saúde das populações, resultando no recuo natural e desaparecimento da doença; por outro lado, a malária reduzida aos agentes imediatamente envolvidos na sua epidemiologia – parasita, homem, mosquito – possível de eliminar por acção sobre o seu vector, fulcro do ciclo de vida do parasita. Estas posições divergentes envolviam ainda diferentes perspectivas sobre a relação entre doença e pobreza, o ciclo vicioso reconhecido como entrave ao progresso e bem-estar das sociedades: na Europa, através do CHSDN ganhara terreno a noção que este ciclo se quebraria pela melhoria das condições económicas e sociais em geral, que reduziriam a pobreza, permitindo procura e acesso à educação, bem como aos meios materiais para defesa e protecção das causas directas das doenças; a IHD reconhecia a ligação entre doença, pobreza e ignorância mas considerava que a ciência médica proporcionava à saúde pública recursos para quebrar este ciclo, intervindo sobre os

agentes e condições directamente implicados na etiologia e transmissão das doenças «causa básica da pobreza» (Farley 2004, 118).³⁸

Contudo, esta divisão de perspectivas não parece ter sido tão marcada no delineamento de projectos e sobretudo na sua aplicação. Por um lado, a tomada de posição pró factores socioeconómicos não implicava inércia ou recusa de quaisquer outros meios de protecção da população ou rejeição de medidas ambientais; mas também a posição de Hackett, e de todos os que defendiam o centramento na eliminação dos mosquitos, não negava a influência dos factores socioeconómicos na epidemiologia da malária... O que não impediu Hackett de concluir o seu trabalho intitulado *Malaria in Europe* com a afirmação de que embora «ignorância, pobreza e doença constituam o triângulo vicioso da desigualdade humana», no caso da malária, as suas causas «são na sua maioria independentes da ignorância e da pobreza das pessoas e podem ser tratadas separadamente» (Hackett 1937, 319, 320).

A identificação de diferentes variedades entre a espécie de mosquitos *Anopheles maculipennis*, um dos vectores mais activos na Europa, particularmente em Itália, e a subsequente compreensão das diferenças na sua biologia – sobretudo o reconhecimento de locais de reprodução distintos e das preferências hematófagas de cada uma das espécies – tornaram-se argumentos de fundo para os defensores da sua eliminação, como condição fundamental para o desaparecimento da malária. Conhecidos os comportamentos e preferências dos mosquitos, era possível afinar e redireccionar as estratégias adoptadas. Com base na variabilidade da distribuição geográfica dos diferentes *maculipennis* vectores ficava também explicada a «distribuição irregular da malária na Europa» (Hackett citado em Farley 2004, 122) e comprovado (para Hackett) «que a malária desaparecera em partes da Europa, incluindo o norte de Itália, não por causa da melhoria das condições de vida ou das condições de habitação mas porque ‘uma raça perigosa de anofelinos desapareceu’» (Farley 2004, 122).

Assim, em vez de interpretado como demonstração da complexidade da epidemiologia da malária e, consequentemente, ilustrativo das dificuldades e falibilidade de estratégias centradas na eliminação do mosquito, o trabalho de Hackett e Missiroli fixou a ideia de que «quanto melhor se conhece o nosso inimigo, melhor a possibilidade de o combater eficazmente» (Harrison 1978, 198), resumindo o ciclo de transmissão e a epidemiologia da malária no mosquito. Ou seja, no turbilhão de pesquisas, perspectivas conflitantes,

³⁸ Esta noção persiste pelo menos implicitamente até ao presente, como uma das linhas orientadoras das políticas internacionais de saúde; nas palavras de Peter J. Brown, «na teoria da saúde pública internacional, tem constituído uma hipótese comum o argumento de que as doenças parasitárias endémicas são uma causa subjacente ao subdesenvolvimento económico» (Brown 1987, 155).

investimentos e disputas de protagonismo, desencadeava-se um processo paradoxal em que quanto mais se compreendia a complexidade epidemiológica e ecológica da malária, mais se acreditava na possibilidade de circunscrever e padronizar os meios para a debelar.

Em Portugal, o estabelecimento da relação entre arrozais e malária e a preferência pelas medidas de eliminação dos mosquitos tornavam evidente «a necessidade da cooperação entre diferentes entidades, na luta contra a malária».³⁹ O IM desenvolveu inúmeras experiências nos arrozais da região de Águas de Moura e de Alcácer do Sal, no sentido de avaliar as vantagens da adopção da rega intermitente (implicando a secagem periódica dos canteiros que, efectuada nas épocas de maior intensidade reprodutiva do mosquito, resultariam na significativa redução no número de larvas); da introdução de outros tipos de arroz, requerendo menor tempo de inundação dos canteiros; da introdução de peixes larvívoros (usaram-se os peixes da espécie *Gambusia*, trazidos para Espanha pela FR nos anos 20) e de diferentes larvicidas, incluindo o sulfato de cobre e o verde de Paris.⁴⁰ O Ministério da Agricultura colaborava com o IM em análises laboratoriais ao arroz, ensaios de irrigação, bem como no tratamento químico dos arrozais e «observações regulares da temperatura, produção de larvas, etc.», nos campos experimentais entretanto instalados em diferentes regiões do país.⁴¹

Ainda na lógica da cooperação entre o IM e o Ministério da Agricultura, «em 1936 foi nomeado um técnico habilitado para nos ajudar principalmente com os nossos estudos de irrigação intermitente». Esta colaboração estendeu-se a «repetidas visitas dos dirigentes dos

³⁹ Rolla B. Hill, «Malaria in Rice-Growing Areas in Portugal», s.d., p. 3, pasta 472, caixa 48, série 100, RG 1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁰ «Semi-annual report. First semester, 1940. Portugal», 1940, pasta 2945, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC. «Semi-annual report for Portugal and Spain – 1st Semester, 1941», 1941, pasta 2951, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴¹ Rolla B. Hill, «Malaria in Rice-Growing Areas in Portugal», s.d., p. 3, pasta 472, caixa 48, série 100, RG 1, Rockefeller Foundation Archives, RAC; «Considerações Sobre o Campo Experimental de Arroz da Agolada – Coruche (Relatório do Engenheiro Agrónomo do Ministério da Agricultura nos anos de 1937-1938)», 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA. Também sobre a cooperação entre o IM e o Ministério da Agricultura veja-se a correspondência e breves relatórios existentes no CEVDI: Hill para Vilhena, 7 de Outubro, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; «1940. Campo de Águas de Moura (Ministério da Agricultura)», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Blanco para Hill, 19 de Junho, 1939, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; «Informação. Ensaio comparativos de rega na cultura do arroz», 14 de Junho, 1939, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

serviços de culturas de regadio connosco a diferentes partes do país e uma visita do Ministro da Agricultura a Águas de Moura».⁴²

Esta cooperação (de duração e alcance impossíveis de compreender nas fontes consultadas) é particularmente ilustrativa da complexidade que a produção da malária podia adquirir, bem como das suas possíveis repercussões. Se a colaboração do Ministério da Agricultura era considerada fundamental para a experimentação de potenciais métodos naturais para a redução das larvas de mosquito, o seu alcance ia além da dimensão técnica. Era também um modo de congregar aliados e, por conseguinte, legitimidade, autoridade e força, em torno das práticas associadas ao controlo da malária. Por outro lado, desta cooperação poderiam resultar contrapartidas económicas que interessasse ao Ministério e ao governo seguir, se os ensaios com novos tipos de arroz e técnicas de irrigação se revelassem mais vantajosos. Assim, as práticas relacionadas com a malária podiam ter efeitos de largo espectro e impacto social.

Por outro lado, o envolvimento de diversos agentes governamentais conferia reconhecimento político ao IM e aos SAS, oferecendo-se como uma possibilidade de transformar estes serviços em patamar para a expansão a outras áreas da saúde rural (como se viu, Landeiro refere-se ao alargamento das competências dos SAS como uma intenção presente desde a sua criação), bem como para a organização de serviços de saúde à escala nacional.

Também os proprietários das explorações agrícolas da região de Águas de Moura e Alcácer do Sal e o Ministério das Obras Públicas cooperavam com o IM. Na região de Alcácer, nos arrozais de Alcáçovas, propriedade de João Branco Nuncio, ensaiaram-se os efeitos da rega intermitente.⁴³ Na herdade do Pinheiro comparou-se os efeitos das regas intermitente e contínua quer na produção de arroz, quer na de mosquitos.⁴⁴ O «programa para a construção de um certo número de barragens e irrigação de cerca de 80000 hectares de terreno, parte do qual se destina ao arroz», inserido na política agrícola do Estado Novo, tinha repercussões ambientais reconhecidas pelo Ministério das Obras Públicas (responsável pelas

⁴² Rolla B. Hill, «Malaria in Rice-Growing Areas in Portugal», s.d., p. 3, pasta 472, caixa 48, série 100, RG 1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴³ «1940. Alcáçovas», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Nuncio para Cambournac, 1942(?), documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

⁴⁴ «1940. Pinheiro. Campo da Horta do Lago», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA. Para além das experiências controladas nos campos de arroz, a estação de Águas de Moura desenvolveu também a protecção mecânica (instalação de redes nas portas e janelas das habitações), na aldeia de Pinheiro (Hill 1938a, 1938c).

obras de hidráulica), nomeadamente «a ameaça da malária». Em face deste risco, o IM colaborava «como conselheiro para a malária, na construção da primeira grande barragem que deve estar terminada em 1941. As barracas dos trabalhadores estão protegidas com redes, o local da barragem deverá ser limpo, os canais deverão ser revestido com betão e, no geral, espera-se fazer desta primeira barragem e albufeira reservatório de água, um modelo para futuras construções».⁴⁵

O envolvimento dos proprietários rurais locais, os quais se pretendia aliciar demonstrando as vantagens económicas da «luta anti-sezonática», também oferecia a possibilidade de expansão e aceitação das medidas para o controlo da malária (com eventuais oportunidades de alargamento a outros aspectos da saúde) a nível local, integrando as redes de influência socialmente hierarquizadas e politicamente comprometidas, assim como eventualmente gerando, por essa via (e mesmo que indeliberadamente), canais de influência sobre o poder central e sobre as populações locais.

A insistência na dimensão científica dos trabalhos a desenvolver pela estação conferia-lhe um carácter esdrúxulo no contexto social em que se inseria. Os relatórios das experiências levadas a cabo são extremamente técnicos a aparentemente impermeáveis a condições mais prosaicas, que se prendiam com o quotidiano das populações, excepto quando estas eram consideradas como potenciadoras da transmissão de malária. Em todos os relatórios domina a preocupação pela mensurabilidade e a classificação (contagem de larvas de *Anopheles* nos canteiros de arroz; contagem dos mosquitos adultos nos abrigos dos animais; estabelecimento de índices esplénicos e parasitários; registo do número de casos), a experimentação e a prova. As condições de vida surgem mencionadas enquanto condições propícias ao contacto entre os mosquitos e as pessoas, na forma de casas em telha vã, chaminés largas permeáveis à entrada dos mosquitos, grupos de trabalhadores migrantes, dormindo em abrigos improvisados que acentuavam a sua vulnerabilidade à infecção malárica, cruzando as fronteiras do mapa da malária como transportadores de *Plasmodia* e ameaçando comprometer as classificações e controlo nestes implicados. O instituto levava também a cabo estudos sobre a nutrição dos trabalhadores rurais;⁴⁶ mas estes não tinham efeito prático na transformação das dietas dos indivíduos, profundamente marcadas pelo hábito e pelos condicionalismos económicos difíceis de ultrapassar; os documentos também não explicitam a finalidade desses estudos,

⁴⁵ Strobe para Sawyer, 22 de Junho, 1937, p. 2, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁶ «Semi-annual report for Portugal and Spain, 1st Semester, 1941», 1941, pasta 2951, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC; «Malaria Institute. Annual Report, 1942», 1942, pasta 3019, caixa 250, série 733, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC. V. cap. 5.

que poderiam ser uma tentativa de avaliar a implicação das dietas na vulnerabilidade à malária, já que a nutrição crescia em importância para a medicina e fazia sentido no âmbito da higiene social (ver cap. 5). De resto, durante os anos 40, a nutrição dos trabalhadores rurais, com algumas abordagens específicas ao caso dos trabalhadores migrantes (ver Cambournac e Simões 1944c), foi também tratada pelos médicos dos SAS, referindo-se concretamente à necessidade de educar esses grupos para a importância «de uma alimentação adequada e suficiente», no sentido de «obter o melhor rendimento no trabalho e uma diminuição dos casos de doença» (Ministério do Interior – Direcção Geral de Saúde 1943, 142).

Esta preocupação em manter o carácter científico dos trabalhos desenvolvidos na estação/instituto, mesmo na sua relação com as populações, levou a que os SAS se vissem na necessidade de enviar um técnico para assistir as populações migrantes da região, bem como os indivíduos residentes em localidade mais ou menos distantes, atraídos aos dispensários de Águas de Moura, Landeira e Pinheiro. Estes abriram em 1934 «para prestar tratamento mínimo nos casos agudos de malária. Contudo, o primeiro objectivo dos dispensários era conhecer com rigor a quantidade e tipo de malária que ocorre nesta região».⁴⁷ Estes dispensários deveriam receber apenas a população permanente daquela área, de forma a permitir a recolha de dados controlados e tão rigorosos quanto possível sobre a malária, naquela região específica. A recepção de indivíduos provenientes de outras localidades ou de outros pontos do país comprometeria a fiabilidade da informação conseguida. No entanto, esta malária «laboratorialmente produzida» em condições controladas e localizadas, deveria informar práticas a aplicar em todo o país. Dentro desta lógica, em que assistência e interesse científico conflituavam, é mencionada uma experiência levada a cabo com algumas crianças, as quais foram inoculadas com *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum* para avaliar os efeitos das reinfecções.⁴⁸

Assim, a população e o seu modo de vida aparecem apenas pontualmente mencionados, enquanto elementos da observação e experimentação científica, para as quais o IM estava fundamentalmente vocacionado. No entanto, o trabalho desenvolvido no instituto tinha por finalidade servir a população, uma vez que os seus resultados deveriam levar ao aperfeiçoamento de métodos conducentes à diminuição da vulnerabilidade dos indivíduos à malária. Por conseguinte, o IM pautava-se pela produção de «ciência para a acção». Mas a

⁴⁷ Pauline A. Mead, «Malaria Field Studies in Portugal», s.d., p. 7, pasta 21, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁸ «Semi-annual report, first semester, 1940. Portugal», 1940, pasta 2945, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

população directa ou indirectamente envolvida nessa acção era objectificada ou naturalizada como um elemento do ambiente da malária, tal como os mosquitos ou os arrozais.

Dos relatórios sobre a actividade do instituto e sobre a cooperação da FR com Portugal⁴⁹ podemos perceber o modelo típico dos programas da Fundação: a restrição da intervenção a uma área reduzida, que oferecia as condições para o desenvolvimento de investigação, o ensaio de práticas a servir como exemplo para a subsequente extensão ao resto das regiões onde se verificasse a ocorrência de malária e o centramento no controlo dos vectores. Em relação a este aspecto, há a notar que, no caso de Portugal, Hill reconhecia que a premência do problema da malária não permitia esperar pelo resultado da adopção em larga escala da rega intermitente ou de métodos larvicidas. Assim, realçava a importância do tratamento dos doentes, remetendo, contudo, essa responsabilidade para os SAS.⁵⁰

A prossecução do método científico e da intenção demonstrativa implicava a integração da actividade desenvolvida na estação/instituto na rede internacional das pesquisas sobre malária (estudos entomológicos, estudo e ensaio de técnicas para o controlo da doença), beneficiando para tal da presença de representantes da FR em vários países da Europa, Ásia e Américas. Entre a documentação do IM podemos encontrar correspondência trocada com representantes da FR em outros pontos do mundo, na qual são debatidas questões entomológicas (biologia e comportamento dos mosquitos)⁵¹ e técnicas (métodos de controlo de populações de *Anopheles* nos canteiros de arroz). Os ensaios com irrigação intermitente, métodos anti-larvares, barreira animal e protecção mecânica levados a cabo em Águas de Moura, Landeira e Pinheiro (povoações laboratório) são o resultado desta troca de informações que incluía também os congressos e conferências internacionais.⁵²

⁴⁹ Trata-se de relatórios enviados por Rolla B. Hill, representante da FR em Portugal entre 1935 e 1940, para o gabinete da FR em Paris ou directamente para Nova Iorque, citados ao longo deste trabalho.

⁵⁰ Rolla B. Hill, «Malaria in Rice-Growing Areas in Portugal», s.d., pasta 472, caixa 48, série 100, RG 1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁵¹ M.A. Barber, J.B. Rice, A. Mandekos, «The laboratory at Cavalla, Greece», 1935, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Lewis Hackett, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Hackett para Hill, 23 de Abril, 1941, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Lewis Hackett, «Sexual Behavior of *Anopheles superpictus*», 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA. Collins para Hill, 30 de Agosto, 1935, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; «The rice field studies in central Bulgaria», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Sweet para Hill, 1 de Julho, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; «Rice Field Studies», P.F.R., Extract, 3 pages, annual report, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

⁵² «Suggestions from malaria conference. Greece», Agosto de 1934, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA; Lewis Hackett, «Malariology in

O IM constituía-se, então, como lugar de convergência e mediação entre o internacional, o nacional e o local, no que respeitava às práticas associadas à malária. Tinha uma acção multifacetada e ambivalente, entre o confinamento do laboratório – espaço controlado de ensaios e experiências, aparentemente defendido de interferências externas – e a instituição pedagógica, instruindo os agentes dos SAS nas técnicas de eliminação de larvas e mosquitos ou nas técnicas de microscopia. Os directores do IM, após a passagem deste para administração do governo português, terão um papel fundamental na participação do instituto nas redes internacionais da malariologia, transformando-o mas mantendo-o próximo da ideologia de excepção e referência que esteve na base da sua organização pela IHD da FR.

O Instituto de Malariologia de Águas de Moura: administração portuguesa e tendências internacionais

A ligação internacional do IM mantém-se após a sua passagem para administração do governo português, em 1939 (Câmara Municipal de Palmela 2001), e a retirada dos representantes da IHD em Portugal.⁵³ A transição faz-se com alguns contratempos, começando pela contratação formal do próprio director (Cambournac) que, ao tempo, era também professor do Instituto de Medicina Tropical, o que levantava reservas pela acumulação de cargos. Por outro lado, a falta de verbas levava a suspensão da construção do hospital e dispensário, anexo ao edifício do IM. Acrescia a estes reveses a falta de quinino, consequência da guerra, resultando na diminuição da afluência de doentes ao dispensário e atrasos nos tratamentos.⁵⁴

Russia», Agosto de 1934, Extracts of Malaria Conference, Ipata, Greece, 1934, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA. «Hackett 3rd Quarterly Report», 1934, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

⁵³ Hill para Warren, Memo. N.º 130, 20 de Outubro, 1939, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC. Hill manifestava-se surpreso com o carácter oficial dado à assinatura da transferência de propriedade do terreno e do edifício do IM para o Estado português. Considerava-o uma mera formalidade, no processo, em curso (assim se depreende das palavras de Hill quando diz que o instituto se encontrava «em preparação para o seu apoio pelo governo português»), de transferência do IM para administração portuguesa. Interpretava a importância dada ao evento, com presença de representantes governamentais e noticiado nas primeiras páginas dos jornais, como uma expressão do reconhecimento do governo português pela actividade da IHD em Portugal. Para a administração política portuguesa seria um mecanismo de propaganda e afirmação de autoridade. O encerramento dos escritórios da IHD em Lisboa e a partida dos seus representantes não significou o fim da cooperação com a FR; manteve-se o apoio consultivo e o financiamento dos projectos em curso, até 1943 (ver Câmara Municipal de Palmela 2001; Janney para Warren, 14 de Novembro, 1941, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC).

⁵⁴ «Malaria Institute. Annual Report, 1942», 1942, pasta 3019, caixa 250, série 733, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Cambournac desempenhou um papel fundamental no percurso do IM e na sua manutenção na rede internacional de investigação sobre a malária, após o regresso de Rolla Hill aos EUA e a saída da IHD de Portugal (ver cap. 4). É também mais um exemplo de como a consolidação e acção das instituições ligadas ao controlo da malária em Portugal está sujeita a descontinuidades, decorrentes quer de factores conjunturais (como os problemas orçamentais e de competências ou a guerra, contrastando com momentos de maior vigor, como o período da presença da FR em Portugal), quer da influência e iniciativa de indivíduos chave que passavam por essas instituições, com projectos onde o empenho em promover o bem colectivo se funde com as carreiras profissionais.

No caso de Cambournac, a sua actividade de investigação sobre o vector da malária em Portugal e os métodos para controlo das populações de mosquitos nas regiões orizícolas tornaram-se referências, a nível nacional e mesmo junto de interlocutores internacionais. Cambournac participou activamente em todas as pesquisas levadas a cabo na estação para o estudo da malária, ainda sob a direcção de Hill. Era o discípulo a quem seria legada a tarefa de continuar o trabalho iniciado. Nesta perspectiva, entre 1937 e 1938 estudou administração em saúde pública na escola de saúde pública e medicina tropical, em Londres, como bolseiro da IHD. Esta especialização é por si indicativa de que os seus projectos, bem como os da própria IHD, não se restringiam ao problema da malária, embora Cambournac se destacasse no panorama das ciências médicas portuguesas sobretudo na área da malariologia e da medicina tropical. A sua ligação à Organização Mundial de Saúde (OMS), como representante de Portugal, e o seu diálogo permanente com a produção científica internacional na área da malariologia terão influenciado a colaboração do IM com a OMS na organização de dois cursos internacionais de malariologia, em 1951 e 1952, bem como a realização de estágios para médicos provenientes de vários países.⁵⁵

Outros médicos passaram pelo IM, nomeadamente José Manuel Pitta Simões e José Santana Queiroz, mas pouco se sabe da sua produção científica ou técnica, além dos artigos publicados por Pitta Simões em parceria com Cambournac (Cambournac e Simões 1944a, 1944b, 1944d). Mas é Raul de Almeida Roque quem sucede a Francisco Cambournac na direcção do IM, em 1954, quando Cambournac assume o cargo de director do Gabinete Regional para a África, da OMS. Almeida Roque integrava o painel de peritos da malária da OMS, pelo menos desde 1952, e estivera na estação anti-sezonática de Benavente (Ministério

⁵⁵ Lista de estagiários médicos e microscopistas no Instituto de Malariologia de Águas de Moura, 1949-1975, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

do Interior – Direcção Geral de Saúde 1943, 1944). Em 1954 leccionou no «IX Curso de Paludologia», ministrado pela Escola Nacional de Saúde de Madrid a alunos da cadeira de higiene e salubridade da Universidade Central, em Navalmoral de la Mata e em Águas de Moura, mantendo-se como director do IM até ao início dos anos 60.

O papel de Almeida Roque e do Instituto como centro de investigação em malariologia parece ser mais discreto, ao longo das décadas de 50 e 60.⁵⁶ A partir da década de 50, o IM mantém sobretudo o seu papel de centro de formação e alarga a sua actividade na área do estudo das zoonoses (doenças dos outros animais, transmissíveis aos humanos). A este aparente abrandamento da produção científica do IM (na área da malariologia) e de protagonismo do seu director não terão sido estranhas as transformações verificadas nesse período, a nível nacional e internacional, nomeadamente a acentuada perda de importância da malária na morbilidade nacional – e particularmente na região de Águas de Moura onde, «Depois de 1953, mais nenhum caso indígena de malária foi detectado» (Cambournac 1994, 221) – o que contribuía para que cada vez mais rareassem as pesquisas e publicações versando esta doença no território português metropolitano; também o abrandamento da investigação internacional em malariologia se reflectia na produção nacional.

As perplexidades restantes sobre o ciclo da malária e sobre as suas variações estavam suficientemente apaziguadas no final da década de 1940, com a identificação do ciclo exoeritrocítico dos parasitas da malária (ou seja a sua fase de desenvolvimento nas células do fígado, período durante o qual se tornavam invisíveis). Era assim possível explicar os relapsos da malária com maior rigor e compreender a acção dos antimaláricos. O estabelecimento do uso de insecticidas residuais, sobretudo do DDT, como principal estratégia para o controlo da malária, desde o fim da II guerra mundial, gerou «um sentimento crescente de complacência entre os representantes governamentais e as agências financiadoras, em relação à necessidade do seu financiamento aos programas da malária», comprometendo a investigação em malariologia (Packard 2007, 155; ver tb. Turnbull 2000, 174) e reduzindo a relevância do ensaio e discussão de outros métodos, sobretudo na Europa, onde a doença praticamente desaparecera.

⁵⁶ Digo «parece» porque a documentação que foi possível localizar para este período é mais escassa, o que tanto pode significar que a produção era, de facto menor, como pode dever-se ao extravio e desaparecimento da documentação produzida pelo IM naquele período.

Do controlo à erradicação: novas tecnologias, novos actores

Os ensaios com DDT no controlo de insectos vectores desenrolaram-se em paralelo com as acções de eliminação de focos de malária, por exterminação dos mosquitos, levadas a cabo por Fred Soper, o representante da International Health Division da FR, no Brasil, entre 1939 e 1940, e no Egipto, em 1945.⁵⁷ Estas experiências reforçaram em Soper a convicção de que a eliminação total dos mosquitos vectores de doenças podia ser aplicada universalmente e de que, por este método, era possível *erradicar* a malária. Também em Itália, o exército americano havia conduzido experiências com DDT para controlo da malária (a mais sistemática e de resultados considerados mais significativos realizada em 1944), usando o método de pulverização dos pontos de água potencial ou efectivamente criadores de mosquitos, usando aviões (ver Snowden 2006, 199, 200).

A convicção de que os programas centrados no uso do DDT, desenvolvidos pelos americanos em Littoria e na Sardenha (Itália) e apoiados pela FR e pelos seus representantes, Lewis Hackett, Fred Soper e Paul Russell, eram os responsáveis directos e únicos pela interrupção da transmissão da malária nestas regiões (ver Snowden 2006), reforçaram a retórica pró-insecticidas e pró-erradicação. No entanto, como nota Snowden (2006, 201-208), essa retórica triunfalista elide toda a história do esforço nacional italiano para o controlo da malária, desde o início do século XX (ver cap. 1), bem como as acções ecléticas para contenção da doença que as autoridades italianas retomaram imediatamente após a retirada das tropas alemãs, no final da II guerra mundial e as acções de promoção da qualidade de vida e saúde das populações, levadas a cabo na Sardenha. Para Snowden, o sucesso do uso do DDT não se explica por si só; este era «parte de uma interacção complexa, envolvendo humanos, o ambiente e a economia» (2006, 207). Mas é pela secundarização das circunstâncias localizada e da multiplicidade de actores envolvidos nas campanhas italianas, que os promotores e defensores do DDT conseguem estruturar uma perspectiva universalista e de transferência das estratégias e técnicas envolvidas no seu uso intensivo.

Ante o «sucesso europeu», particularmente italiano, do uso do DDT, este passou a constituir um dos elementos fundamentais da retórica científica para argumentar a favor da possibilidade de erradicação da malária, redefinindo-a pela redefinição dos protagonistas nas práticas que a compunham. A malária passava a ser «um problema entomológico, em vez de

⁵⁷ Sobre a erradicação do *Anopheles gambiae* no Egipto, o contexto político e social em que decorre a campanha e a polémica gerada, bem como as suas implicações para a saúde pública no país, veja-se Nancy Gallagher (1990).

um problema social» (Snowden 2006, 201). A dimensão técnica e científica ganhava preponderância na resolução do problema, «eliminando a necessidade de conhecimento da história, clima, epidemiologia e ambiente de localidades específicas; de investigação adicional; de educação das populações-alvo; e do estabelecimento de dispendiosas infra-estruturas para cuidados de saúde» (Snowden 2006, 211). Nas palavras de Cambournac, «combate [...] parece termo que começa a estar antiquado, visto que modernamente se pretende mais; quero dizer: a sua [da malária] erradicação» (Cambournac 1948, 335).

Esta noção começava a ganhar terreno precisamente no momento em que se formava a OMS, em 1948, estando intimamente ligada ao reforço da saúde internacional, consubstanciada nesta organização. Sung Lee (Lee 1997) apresenta-a como uma organização intergovernamental, fundamentalmente dominada pelas relações entre os Estados que a constituíam e pelos interesses profissionais da classe médica, uma vez que inicialmente foi composta sobretudo por médicos. A OMS era a versão reformulada da OHSDN e sua herdeira, bem como do modelo expansionista de conhecimento, técnica e instituições médicas e de saúde pública que caracterizara a ação filantrópica da FR durante a primeira metade do século XX (ver cap. 4). Assim, a OMS organizava-se segundo um esquema hierarquizado de relação entre doadores (EUA e países europeus) e receptores (territórios ainda coloniais e novos Estados independentes) (ver Lee 1997; Packard 2007).

A Comissão Interina que precedeu a formação da OMS tinha a malária como um dos elementos de destaque na sua agenda. As convicções científicas e técnicas de alguns malariologistas, associadas ao humanismo e confiança no poder transformador e universalista da ciência, encontravam terreno favorável à sua expansão nas condições político-económicas do pós-guerra. Nesta época tornou-se evidente a independência iminente das colónias europeias (a Índia, símbolo do império britânico, tornou-se independente em 1947, a Indonésia em 1949), preconizando o surgimento de novos Estados necessitados de ajuda para o seu desenvolvimento (o desenvolvimento ganha terreno à noção de civilização que dominara o período colonial). E o desenvolvimento económico não era concebível sem garantir a saúde das populações; ou seja, consolidava-se como verdade científica a noção de que a doença gera a pobreza e impede o desenvolvimento (Packard 1997; Packard e Brown 1997; Foster 1999). Nesta lógica, a malária, doença classificada como preponderante na morbilidade dos países em formação, apresentava-se como um dos principais alvos a considerar. Da necessidade de controlo da malária para promoção da colonização europeia, passa-se ao controlo da malária para desenvolvimento das populações e economias dos novos

países saídos do recente processo de descolonização ou na iminência de se tornarem independentes.

A presença na Comissão Interina de delegados como Arnaldo Gabaldon, responsável pelo programa da malária na Venezuela, foi marcante para as subseqüentes políticas de saúde referentes à malária. Gabaldon iniciara na Venezuela «o primeiro programa no mundo dedicado à erradicação da malária» (Litsios 1997, 75) e foi por sua iniciativa que se criou, ainda no âmbito da comissão interina, o Comité de Peritos da malária.⁵⁸ A segunda reunião deste comité realizou-se em Washington, em 1948, «em associação com o Quarto Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, onde Soper ‘O saneamento das espécies aplicado à erradicação de uma espécie (A) invasora ou (B) indígena’, não como membro do *staff* da FR, mas como Director do Gabinete Sanitário Pan-Americano (PASB), Gabinete Regional da OMS, para as Américas» (Litsios 1997, 75). Associava-se, assim, sob a égide da OMS, um projecto declarado de erradicação da malária, com um modelo experimentado de acção e recursos técnicos de sucesso demonstrado na eliminação de uma espécie de mosquitos transmissores desta doença. Ganhava forma e força um programa de erradicação científica e tecnicamente fundamentado, prefigurando uma redefinição predominantemente tecnicista da malária.

Em face da ascensão das posições em favor de uma política de erradicação da malária, alguns membros da OMS manifestaram as suas reservas. Paul Russell e Malcolm Watson defendiam a necessidade de combinar o uso do DDT com a beneficiação de terras; ou seja, manter a integração do controlo da malária com as políticas agrícolas, promovendo o desenvolvimento agrícola (Litsios 1997). Alguns alertavam para os efeitos da perda da imunidade entre populações que a haviam adquirido ao longo de séculos de exposição ao parasita. O desenvolvimento de um programa de erradicação interromperia essa exposição à infecção levando à perda da imunidade e sujeição a epidemias graves, caso os indivíduos voltassem a entrar em contacto com o *Plasmodium* (Packard 1998).

Mas as posições pró-erradicação ganharam supremacia e a campanha para a erradicação da malária foi lançada na VIII Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1955, quando o próprio director geral da OMS, Marcolino Candau, era um malariologista. Em Junho de 1956, no âmbito da sexta sessão do Comité de Peritos da Malária, reunidos em

⁵⁸ Sobre Gabaldon e a acção para erradicação da malária que desenvolveu na Venezuela veja-se Ana Teresa Gutiérrez (1998).

Atenas, foram por fim lançadas as bases organizativas e orientadoras da acção para a erradicação da doença (Litsios 1997).⁵⁹

Para Packard (1998), factores e interesses científicos/técnicos, económicos, políticos e ideológicos conjugavam-se para a vitória da erradicação sobre o controlo (Packard 1998, 227). As estratégias de erradicação, fortemente ancoradas nos avanços promissores da eliminação da malária na Europa, mas também nos progressos da acção desenvolvida na Venezuela, tal como percebidos e apresentados pelo seu promotor, Arnaldo Gabaldon, (Litsios 1997, 75; Gutiérrez 1998; Jackson 1998; Cueto 2007), faziam sentido num universo cultural e de paradigmas mais alargados (políticos, económicos, científicos), informando a saúde internacional do pós-guerra e influenciando os seus programas e acções. Trata-se de um período de transformações profundas nas «condições de produção científica da malária», que não podem ser reduzidas aos recursos técnicos (insecticidas de acção residual, medicamentos antimaláricos sintéticos), nem às convicções e interesses dos protagonistas identificados pela história.

Partindo da análise da campanha de erradicação da malária no México, entre 1955 e 1975, Marcos Cueto realça a importância de enquadrar a «discussão sobre a erradicação da malária» na «política e retórica das duas primeiras décadas da guerra fria entre os Estados Unidos e o bloco Soviético», marcada pela competição científica e tecnológica (Cueto 2007, 5). A perspectiva de Cueto encontra na guerra fria não só um enquadramento político mas também uma espécie de referente retórico e metafórico para o programa de erradicação da malária, que, segundo o autor, contribuiu para aquilo a que chama uma «cultura de sobrevivência» orientada pelo princípio de «restrição», marcando um padrão de saúde pública a nível internacional, caracterizado pelo controlo das doenças consideradas mais ameaçadoras, mas sem «resolver completamente as principais questões de doença das nações pobres» (Cueto 2007, 8).

⁵⁹ Para uma descrição das etapas contempladas na campanha de erradicação e acções desenvolvidas em cada uma delas veja-se Litsios (1997, 79). Note-se que, apesar da influência de Soper no triunfo da posição pró-erradicação, o programa da OMS nunca visou a erradicação dos mosquitos mas sim dos parasitas; o objectivo era conseguir chegar ao «anofelismo sem malária» (Litsios 1997, 79). Também, apesar de o conceito de «erradicação» implicar eliminação à escala global, a maior parte do continente africano ficava provisoriamente fora do programa, por se considerar que não reunia as condições organizativas e administrativas necessárias à realização das etapas estabelecidas para o programa de erradicação. A aplicação do programa, ao qual houve uma adesão massiva por parte dos países com representação na OMS, acabou por requerer reajustes que provaram a pertinência das posições de Cambournac e outros quanto à necessidade de fazer assentar qualquer acção antimalárica na investigação e na diversificação de métodos. A partir de 1959 alargou-se a utilização de antimaláricos no programa de erradicação e cresceu a relevância dada à influência dos aspectos sociais na incidência e, consequentemente, na erradicação da doença (ver Cambournac 1966; Litsios 1997).

Este olhar sobre o programa de erradicação da malária e a saúde internacional não é o único focado sobre a sua dimensão política e ideológica, abarcando as «agências de saúde internacional», nomeadamente a OMS. Snowden (2006, 200, 201) refere-se à influência da disputa entre EUA e URSS sobre o empenho americano na erradicação da malária e o uso do DDT. Também Randall Packard se refere às condições políticas da guerra fria e à supremacia da ideologia americana anti-comunista, na esfera da Organização das Nações Unidas (ONU), como determinantes para a fragmentação de competências dentro desta organização, levando à criação de organismos com atribuições específicas (OMS, UNESCO, FAO [Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação], etc.); bem como para a recusa de «modelos de desenvolvimento integrado em larga escala», particularmente aqueles que se aproximavam de um modelo de medicina social, integrando o controlo das doenças em outros programas de desenvolvimento mais latos, nomeadamente alguns associados à alimentação (Packard 2007, 148, 149). As propostas analíticas de Packard sobre a saúde internacional no pós-guerra e o programa de erradicação da malária aliam também à premência da «detenção do comunismo», as transformações nas políticas coloniais e os processos de descolonização que se seguiram ao conflito mundial. Abordando a saúde internacional numa perspectiva histórica, Packard considera que «as iniciativas de saúde do pós-guerra partilhavam muitas características com a medicina colonial», mas apresentavam diferenças de perspectiva, nomeadamente a ênfase no alargamento das acções de saúde «a populações inteiras e não apenas a comunidades seleccionadas de trabalhadores produtivos» (Packard 1997, 96). Desencadeava-se, assim, uma redefinição de «saúde e desenvolvimento», categorias que, segundo Packard, marcavam também as «iniciativas de saúde nos trópicos» desde o fim da I guerra mundial, sendo fortemente condicionadas (senão determinadas) por interesses económicos.

A conjugação de interesses (procura de benefícios económicos e políticos dos dadores e das elites locais, nos países receptores) resultava da convicção de que a doença impedia o desenvolvimento, noção que, como vimos, vinha ganhando fôlego desde o período entre as duas guerras. Randall Packard e Peter Brown (Packard e Brown 1997) defendem que o binómio saúde e desenvolvimento é um «‘modelo cultural’», que descarta o facto de o próprio conceito de desenvolvimento ser uma «construção cultural», definida pelos actores dominantes na rede de interacções que subjazem as políticas internacionais de saúde. A mesma ideia de «construção cultural» está subjacente, por exemplo, à análise de Foster (Foster 1999), quando sugere que os programas internacionais para o desenvolvimento (na

área da saúde e em outras áreas) reflectem mais os princípios, valores e aspirações da cultura ocidental do que os das comunidades que são o seu objecto/alvo. Por conseguinte, os programas de saúde internacional, e particularmente o de erradicação da malária, reproduziam «a cultura de desenvolvimento» transversal a todas as esferas das sociedades ditas «desenvolvidas» do pós-guerra (Packard 2007, 156).

Packard dá o exemplo do programa de erradicação da malária como um dos mais emblemáticos das novas tendências da saúde internacional, particularmente na centralidade da questão do desenvolvimento, mas também como expressão das continuidades em relação à saúde internacional anterior à II guerra mundial, marcada pelos interesses coloniais e a medicina tropical. Nesta linha argumentativa, aponta a erradicação como produtor e produto da visão expansionista da saúde internacional. A estratégia da erradicação «reflectia e era parte [da] crescente confiança na capacidade da ciência e tecnologia ocidentais de transformarem o mundo subdesenvolvido» (Packard 1997, 100). Por sua vez, esta confiança na ciência e na tecnologia como instrumentos fundamentais para o desenvolvimento perpetuava a visão colonial da «dependência das populações tropicais do saber ocidental» (Packard 1997, 101), subalternizando os malariologistas e médicos locais e ignorando as dinâmicas sociais das populações locais, bem como o reconhecimento e a importância atribuídos aos programas de saúde pelas populações medicamente identificadas como mais vulneráveis.

Os trabalhos versando a saúde internacional, nos seus vários aspectos (organismos internacionais, programas, agências e agentes), enfatizam a relação desigual que lhe subjaz entre Europa e EUA, de um lado, e o resto do mundo (colonial e pós-colonial, «subdesenvolvido» ou «em vias de desenvolvimento»), de outro lado.⁶⁰ Denunciam ainda o princípio de homogeneização tecnológica, científica e organizacional que estava na base dos programas de saúde internacional do pós-guerra.⁶¹ Este princípio traduzia-se na assumpção de

⁶⁰ Veja-se, por exemplo, Lane e Rubinstein (1996), Lee (1997), Packard (1997; 2007), Packard e Brown (1997), Foster (1999).

⁶¹ A questão da homogeneização tecnocientífica, com o domínio da ciência ocidental, nomeadamente da biomedicina, em relação a outras formas de conhecimento, foi objecto de problematização e análise no trabalho de Turnbull (2000) *Masons, Tricksters and Cartographers*. Com base no conceito de «espaço de conhecimento» [knowledge space], definido como resultado de um processo dialéctico implicando a co-produção de conhecimento e do espaço social onde este se produz, «a ligação contingente e interactiva de espaço e conhecimento, sustentada e criada pelo trabalho social» (Turnbull 2000, 4), Turnbull reflecte sobre o domínio da «tecnociência ocidental» e a tendência para a imposição de uma «monocultura» (2000, 3), baseando-se em múltiplos exemplos, nomeadamente no caso do ensaio de uma vacina anti-malária, levada a cabo na Papua Nova Guiné, nos anos 80. Por contraponto a essa tendência de domínio da tecnociência ocidental como superior porque racional e eficiente, Turnbull propõe um olhar sobre a diversidade, partindo da noção de espaços de conhecimento.

que «as estratégias de saúde que serviram no Ocidente são universais» e resultava em «exercícios de transferência de técnicas, implantação de serviços educacionais, preventivos e curativos baseados no modelo biomédico» (Foster 1999, 350).⁶²

No entanto, «o Ocidente» não é um espaço homogéneo, como as análises críticas sobre os programas de saúde internacional e a «mundialização» do modelo biomédico «doméstico» praticado no mundo ocidental podem sugerir, ao insistirem na dicotomia Ocidente (desenvolvido) e «terceiro mundo». Esse modelo biomédico consolidado no Ocidente resultou também de relações nacionais e internacionais desiguais, de hierarquias e diferenciações baseadas no poder político-económico e na detenção e produção de conhecimento científico e tecnológico. Esta desigualdade manifesta-se no caso da erradicação da malária em Portugal e das transformações na configuração e definição da doença, surgidas no pós-guerra.

Erradicação da malária em Portugal

Portugal não foi excepção na adopção do uso do DDT, nem da erradicação da malária como o objectivo da acção antimalárica. Esta reconfiguração da malária envolveu, uma vez mais, actores heterogéneos, entre organizações internacionais, tecnologias, técnicas, política internacional, política nacional, circulação de pessoas e informação. Cambournac, Roque e Amadeu Lobo da Costa (director dos SHRDAS entre 1948 e 1973) mantiveram o carácter internacionalista do IM, centro de ligação com o universo transnacional de produção de conhecimento científico sobre a malária e com as políticas mundiais para o seu controlo e erradicação, no pós-guerra. Enquanto membros do quadro de peritos da malária, da OMS, Cambournac, Roque e Costa participavam das assembleias e congressos onde se debatiam primeiro o uso do DDT (Cambournac e Fonseca 1948) e depois as questões levantadas pelo

⁶² A supremacia dos modelos biomédicos é apenas uma expressão das relações assimétricas de poder. Contudo, estas relações de poder e interesses, perpetuando traços da visão colonial, não se esgotam na dicotomia «ocidente» ou «países desenvolvidos», de um lado, e «países subdesenvolvidos» ou «em vias de desenvolvimento», de outro, eternizando dependências pela imposição de modelos. A expansão de estratégias internacionais de saúde e tecnologias médicas resulta também da negociação com os interesses e força das elites locais (Packard 1997). Para além de que «do ponto de vista das populações ex-coloniais, a OMS era um instrumento através do qual podiam conseguir ajuda dos e ventilar ressentimentos contra os seus antigos senhores» (Lee 1997, 26) (talvez não as populações mas os seus representantes políticos...). A complexificação das questões do «biopoder» no contexto internacional pode beneficiar da comparação com os estudos sobre «Medicina e Império» (ver Bastos 2007), que problematizam a relação entre a medicina ocidental e o exercício do poder colonial, propondo um olhar detalhado sobre as práticas localizadas, questionando, assim, «o pressuposto de homogeneidade na administração imperial» e defendendo «que variavam, não só no tempo como no espaço, as relações de força dos actores sociais envolvidos» (Bastos 2007, 100), entre os quais as elites locais tinham um papel determinante.

programa de erradicação, apresentando trabalhos onde se dava conta do que se fazia em Portugal (Costa 1959; Roque 1959), numa busca de reconhecimento para a produção e práticas nacionais sobre a malária. Aos médicos dos SHRDS, e particularmente a Lobo da Costa, cabia, como aos seus antecessores, articular os elementos envolvidos na produção da malária, dispersos e deslocando-se por vários espaços, ligando a OMS, em Genebra, com cada dispensários do território metropolitano. Mas também com as colónias, de onde chegavam permanentemente contingentes de militares combatendo na guerra colonial, acrescentando-se como novo elemento significativo à malária em Portugal.

Contudo, esta participação portuguesa nos fóruns internacionais relacionados com a saúde pública e o problema da malária não se traduzia na adopção imediata e acrítica das estratégias propostas, fosse por reservas quanto à eficácia das técnicas e estratégias propostas (o uso de insecticidas de acção residual) (ver Cambournac 1948), fosse porque quando se estabeleceu oficialmente o programa de erradicação o número de casos de malária em Portugal era já muito reduzido; ou pelos condicionalismos logísticos (o equipamento técnico era usado até ao limite e encontrava-se praticamente inoperante; Costa 1956, 34) e financeiros com que se deparavam os SHRDAS (Lobo da Costa dá conta do uso parcimonioso dos insecticidas, em resultado do orçamento exíguo; Costa 1956, ver tb. Anónimo 1956).

Em Portugal, a estratégia de controlo da malária incorporou os insecticidas de acção residual sem descartar outras práticas, como a persistência do uso de antimaláricos, ainda que os relatórios dos anos 50 apresentem a sua utilização como secundária no programa de controlo da doença, praticamente dominado pelo princípio da eliminação do mosquito adulto (Anónimo 1956; Costa 1956). O discurso médico oficial, destinado às autoridades nacionais e aos organismos internacionais de saúde era claramente tecnicista, assumindo a resolução da incidência da malária como estritamente decorrente das intervenções técnicas⁶³ (e não sanitárias, no sentido integrado de intervenção sobre o ambiente e o espaço privado).

Como membro da OMS, Portugal via-se constrangido a adoptar o programa de erradicação da malária, apesar de a doença ser já inexpressiva na morbilidade e mortalidade do país.

⁶³ Sobre a evolução da malária em Portugal, lê-se num relatório do Gabinete Regional para a Europa, da OMS, que a redução significativa da morbilidade e mortalidade causada por esta doença, verificada a partir do final da década de 40, deveria «atribuir-se ao trabalho de desinsectação em larga escala que foi levado a cabo de 1949 a 1956» (Regional Office for Europe 1958, 15).

2. Número de casos notificados e óbitos por malária

Ano	Número de casos notificados	Óbitos
1938	45387	217
1939	42608	210
1940	53155	238
1941	50372	477
1942	44530	765
1943	56734	435
1944	48587	292
1945	38491	248
1946	28434	168
1947	26595	83
1948	19856	66
1949	11729	50
1950	6011	24
1951	2620	28
1952	1536	19
1953	691	13
1954	484	12
1955	256	8
1956	130	1
1957	55	5
1958	12	2
1959	21	0
1960	26	0

Fonte: Adaptado de Leonard Jan Bruce-Chwatt e Julian de Zulueta, *The Rise and Fall of Malaria in Europe*, 1980.

Epidemiologicamente, e segundo os critérios que definiam as práticas de controlo da malária no início da segunda metade do século XX, o país reunia condições favoráveis à erradicação: existência de um único vector (*A. maculipennis atroparvus*) com preferência zoófila (i.e., alimentando-se preferencialmente de sangue de outros animais que não o homem); exclusividade de infecções por *P. vivax* (as infecções por *P. malariae* haviam sido sempre raras e o *P. falciparum* tinha praticamente desaparecido); «o carácter benigno, que sempre manifestou a endemia» (Costa 1956, 21). Juntava-se a estas vantagens epidemiológicas (algumas desenvolvidas ao longo do tempo), o facto de ainda não se haver registado qualquer caso de resistência ao DDT.

Lobo da Costa propunha, então, um programa de erradicação «aplicando todos os meios de combate, que se mostrem sanitariamente eficazes e socialmente aconselháveis», variando com «as circunstâncias locais» e adaptando-se ao «condicionalismo particular de cada zona, de cada povoação ou até de cada habitação, se tanto convier» (Costa 1956, 26). No

entanto, «a luta contra o vector», particularmente o mosquito adulto, permanecia o centro do plano de erradicação, embora este contemplasse também estratégias anti-larvares, nomeadamente a irrigação intermitente dos canteiros de arroz e a aplicação de químicos nos arrozais. A esta estratégia compósita não seriam estranhos os condicionalismos económicos, atendendo a que o uso indiscriminado dos insecticidas de acção residual representaria uma despesa a que os serviços não tinham como fazer frente, para além de requererem meios técnicos de que os SHRDAS não dispunham em quantidade e qualidade.

O esforço de integração de Portugal no programa de erradicação da malária da OMS, expresso no plano apresentado por Lobo da Costa, manifestava, uma vez mais, a necessidade de negociar politicamente, dentro e fora do país, no sentido de legitimar a actividade dos SHRDAS, garantindo, ao mesmo tempo, a manutenção do estatuto dos seus funcionários. Por um lado, representava uma tentativa de reconhecimento internacional das acções de controlo da malária desenvolvidas desde o final da década de 30. Por outro lado, surgia como estratégia interna no sentido de sensibilizar o Estado para a necessidade de manter e reforçar a capacidade de intervenção dos SHRDAS, dotando-os dos recursos necessários. Uma vez mais, eram o interesse e a convicção científica e técnica dos médicos – principalmente de Costa, por força do seu cargo mas também pela ligação à OMS – que davam forma e efeito ao projecto de erradicação da malária, à margem de qualquer manifestação de interesse ou instrumentalização deste por parte do Estado. Mas também, cada vez mais, à margem do engajamento das populações, quase totalmente desaparecidas do discurso predominantemente técnico, que elidia qualquer argumentação humanitarista ou consideração social. De resto, a malária parecia ter perdido qualquer expressividade no quotidiano das populações medicamente (epidemiologicamente) classificadas como mais expostas à doença, dada a raridade de casos identificados no final da década de 50.

Para Costa, a fase de consolidação (última fase do programa de erradicação), havia sido atingida, em Portugal, em 1958, ano em que se suspenderam totalmente as pulverizações com insecticidas de efeito remanescente. No entanto, reconhecia os «minguados progressos que se puderam registar, entre nós, em matéria de erradicação do paludismo» (Costa 1963, 7), desde esse ano (1958), consequência de «uma maior soma de dificuldades administrativas» (Costa 1963, 13). Dessas dificuldades resultava a impossibilidade de observar com rigor a «vigilância activa» (acção fundamental da fase de consolidação, a última do programa de erradicação), consistindo na visita domiciliária para detecção de casos de malária. O problema da entrada de indivíduos provenientes dos territórios coloniais e o aumento da área de arrozais

no Alentejo (resultado do Plano de Irrigação do Alentejo), potenciais focos de criação de grande número de mosquitos, numa região aonde afluía número considerável do contingente de militares regressados das colónias africanas, levava o director dos SHRDAS a instar as autoridades nacionais no sentido de «remover todas as dificuldades e executar nos próximos anos as aludidas fases do P. de E. do P. [plano de erradicação do paludismo]» (Costa 1963, 19), cumprindo o compromisso assumido com o resto da Europa e especialmente com a Espanha, no âmbito do «Acordo de Coordenação Antipalúdica entre Portugal e Espanha», de 1959.⁶⁴ Costa considerava este acordo fundamental para se alcançar a erradicação da malária na Península, onde esforços autónomos para a eliminação da doença, por parte dos dois países ibéricos, estariam condenados ao fracasso, uma vez que as regiões raianas ofereciam condições propícias à propagação transfronteiriça da doença. A «intimidade das relações que mantemos com as nossas províncias ultramarinas [...]» (Costa 1956, 21) colocava Portugal numa situação de alerta pela possibilidade de se tornar porta de entrada para a importação de infecções.

A atenção à importação transcontinental da malária tornou-se ainda mais notória com o início da guerra colonial, na década de 60. Num ambiente epidemiológico em que esta doença era cada vez mais rara, a «importação» de casos, decorrente do incremento de deslocações de pessoas entre as colónias africanas e o território metropolitano, passava a merecer uma relevância acrescida nas definições médicas da malária, resultando mesmo na redefinição do papel dos arrozais na sua transmissão. A movimentação de grupos humanos, em interacção com os mosquitos criados nos canteiros de arroz, continuava a ser uma questão fulcral; mas, em vez dos trabalhadores migrantes empregados na monda e ceifa do arroz (rareando em consequência do uso da monda química e da mecanização) tratava-se dos homens regressados da guerra. Neste processo, a doença começava a adquirir, também no caso português, o carácter de ameaça externa.

A guerra colonial tornava, assim, evidente a intervenção da política na definição e epidemiologia da malária, não só contribuindo para a redefinição da doença no território metropolitano, mas também influenciando a relação dos SHRDAS com a OMS. No início da década de 60, a política colonial portuguesa e o início da guerra colonial geraram focos de tensão e pressão política internacional, reflectindo-se nas relações com essa organização. No seu relatório sobre a 13.^a Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra em Maio de

⁶⁴ Veja-se «Decreto-Lei n.º 42 754. Acordo de coordenação antipalúdica entre Portugal e Espanha» (Ministério dos Negócios Estrangeiros – Direcção-Geral dos Negócios Económicos e Consulares 1959).

1960, Augusto Travassos, director-geral de saúde português, escreveu que «A incidência de excessiva e despropositada interferência política nos trabalhos deste ano [...] voltou a evidenciar-se a vários pretextos no decurso da 2.^a e 3.^a semanas [...]. São reflexos da luta política internacional e da múltipla e sucessiva aspiração ou concretização para a independência, de outros tantos territórios».⁶⁵ Em 1966, na XIX Assembleia Mundial de Saúde, a OMS – com base numa resolução do Gabinete Regional para a África, que fora dirigido por Cambournac entre 1954 e 1964 – suspendeu oficialmente a participação de Portugal no Comité para África, bem como a cooperação técnica com o país.⁶⁶ Baseava-se numa resolução do Conselho de Segurança da ONU, de 31 de Julho de 1963, reiterada pela resolução 2107 (XX) de 21 de Dezembro de 1965, da Assembleia-Geral, que «reafirmava o direito das populações de territórios africanos administrados por Portugal à liberdade e à independência e reconhecia a legitimidade da luta que travavam» (Silva 1995, 30).

Se Portugal não sofria consequências directas no campo da erradicação da malária com este extremar de posições, porque a malária não constituía já um problema de saúde pública e porque nunca contara com apoio técnico directo da OMS neste campo, o mesmo não sucedia com as colónias portuguesas em África, onde os técnicos daquela organização colaboravam nos programas de pré-erradicação desenvolvidos, por exemplo, em regiões específicas de Moçambique.⁶⁷ As afirmações de Candau, sobre a inexistência de informação quanto ao estado da erradicação da malária em Portugal (Costa 1963, 6, 7), podem também ser interpretadas como indício do isolamento português dentro da OMS, bem como da crispação que afectava a comunicação entre o país e a OMS, talvez contribuindo para o reconhecimento tardio, por parte desta organização, da erradicação da malária em Portugal (em 1973).

⁶⁵ Augusto da Silva Travassos, «Direcção Geral de Saúde e Assistência – Repartição de Saúde e Higiene. Assembleia Mundial de Saúde 1957/60. Proc. N.º 7/2», 11 de Julho, 1960, sala 3, est. XIX, prat. 20 – N.º 3213, maço 12, AHU.

⁶⁶ «6. Questions constitutionnelles et juridiques [WHA19.31]», 354, [http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9242652067_Vol1_\(part6\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9242652067_Vol1_(part6).pdf).

⁶⁷ Conforme documentação do Arquivo Histórico Ultramarino: «World Health Organization. Regional Office for Africa. Mozambique 1 AFR/MAL/69 20 October 1965. Assignment Report», [J. A. Pearson], 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU. António da Silva Santos, chefe da C.E.P., «Direcção dos Serviços de Saúde e Higiene. Campanha de erradicação do Paludismo. Relatório Anual. 1961», 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU. Direcção Geral de Saúde e Assistência do Ultramar, N.º 6437 KK-11-13-6, 20 de Novembro de 1966, 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU. Joaquim Ferreira da Silva, «Assunto: Aprovação do ‘Plano de operações para a erradicação do Paludismo em Moçambique’». Informação N.º 233», 8 de Fevereiro de 1965, 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU. Lucien Bernard, pela OMS, «Plan of Operation for a Malaria Pre-eradication Programme in Mozambique», S.766(62), 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU.

“Uma Questão Nacional”

Pela intercepção de factores epidemiológicos (reconhecimento médico do recuo de casos de malária), técnicos (uso parcimonioso de insecticidas de acção remanescente) e administrativos (organização e execução de um programa de controlo e erradicação da malária por parte dos SHRAS), mas também pelo impacto epidemiológico e político, nacional e internacional da guerra colonial, a malária em Portugal definia-se, cada vez mais, não como «uma questão nacional», mas antes como uma «doença tropical».

Capítulo 4

A Fundação Rockefeller: malária, saúde pública e medicina social

Neste capítulo, debruço-me sobre a relação entre o Estado português, por intermédio da Direcção-Geral de Saúde (DGS), e a International Health Division (IHD), órgão da Fundação Rockefeller (FR) especializado na cooperação internacional na área da saúde pública.¹ Pretendo compreender esta relação, que marcou o estudo da malária e do seu controlo em Portugal, no contexto das acções da IHD em todo o mundo, mas também compreender a sua lógica e implicações na conjuntura científica, política e económica do país, na primeira metade do século XX.

A IHD integra um conjunto de elementos e práticas que se revelam fundamentais na configuração da malária em Portugal, a partir da década de 1930. Neste capítulo, centro-me na relação volúvel entre o Estado português, através da DGS, e a IHD, dando conta da complexa articulação entre os contextos internacional e nacional, entre os diversos interesses, projectos e significados congregados em torno da malária. Nesta análise, reforço a ideia sugerida no capítulo anterior, de que a particularização médica da malária como uma doença relevante na morbilidade nacional alberga outros projectos e objectivos mais abrangentes, respeitantes à saúde pública e aos serviços de saúde, em geral.

Pretendo ainda sugerir que a cooperação do Estado português com a IHD não dependeu tanto de uma agenda política propagandista, integrando a saúde pública, mas sim do empenho de alguns médicos, almejando satisfazer as suas expectativas de afirmação social, interesses profissionais e perspectivas de desenvolvimento científico. Para o Estado, mais concretamente, para o governo português, a cooperação com a IHD proporcionaria eventualmente o acesso a recursos que permitissem dar resposta aos imperativos cada vez mais prementes e incontornáveis das políticas de saúde internacional. Mais, essa cooperação decorreria mesmo da participação portuguesa nos organismos internacionais ligados à saúde, nomeadamente na Organização de Higiene da Sociedade das Nações (OHSDN), organismo com o qual a FR colaborava financeiramente e com apoio técnico.

¹ «A International Health Division teve nomes ligeiramente diferentes no início da sua vida: *International Health Commission* (IHC) de 1913 a 1916, e *International Health Board* (IHB) de 1916 a 1927. De 1927 até ao seu encerramento em 1951, foi *International Health Division* (IHD)» (Farley 2004, 2).

Quanto às motivações da FR, as fontes primárias indiciam um interesse relativo e hesitante por Portugal, sobretudo alicerçado na ideologia da «missão científica e civilizadora», segundo os modelos científicos ocidentais e os modelos organizadores da investigação e acção em saúde pública desenvolvidos e amplamente divulgados pela própria Fundação. Procuro dialogar com alguns trabalhos sobre outros contextos de cooperação entre os estados e a FR, relativizando a ideia de acção imperialista, de desbravamento de terreno para a penetração dos modelos e interesse económicos americanos, e da própria Rockefeller, que não parecem relevantes ou pertinentes para o caso português; em Portugal, como veremos, a acção directa da FR foi pontual e breve – ainda que marcante – fortemente condicionada pelo contexto político-económico do país.

Se a acção directa da Fundação em Portugal foi circunscrita no tempo, a sua influência indirecta permaneceu não só nas instituições que estabeleceu no país, mas pelo peso da sua intervenção aberta ou discreta nas políticas internacionais de saúde veiculadas por organismos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e que virão a ter impacto decisivo nos rumos da malária, a partir do final da década de 1950.

No final deste capítulo, espero ter reforçado o argumento que lancei na introdução, demonstrando que a malária em Portugal se configura e reconfigura numa dinâmica fundada em práticas diversas, nem sempre harmoniosas, levadas a cabo por diversos agentes, imbuídos de convicções e maneiras de fazer nem sempre convergentes e seguindo trajectos pouco ou nada lineares.

A Fundação Rockefeller

A I guerra mundial deu maior protagonismo aos EUA, entre as potências económicas mundiais, ainda que a persistência do modelo colonial europeu concentrasse a esfera de influência norte americana sobretudo nas Américas. Por outro lado, o impacto económico da guerra nos países europeus fez-se também sentir ao nível da produção científica e da sua capacidade de influência veiculada por meios materiais (instituições, publicações, técnicas), que passaram a ser mais escassos. No caso da Alemanha, tanto quanto a questão económica, a derrota na guerra significou a perda de influência em vários domínios, inclusive o científico,

fora das suas fronteiras.² Essa maior presença dos EUA na «cena mundial» abria também portas para a expansão das fundações filantrópicas, implantadas naquele país até por força do seu modelo de organização político-administrativa e social, fortemente descentralizada e largamente dependente da iniciativa dos cidadãos. Essas instituições estendiam-se «naturalmente» a outros países, com um arsenal de modelos organizativos e de acção decorrentes das suas experiências «domésticas». Refiro-me especialmente à acção filantrópica da FR e particularmente da IHD. No entanto, não devemos interpretar a incursão da FR na área da saúde e a «difusão» do seu modelo de saúde pública estritamente do ponto de vista das relações de poder assimétricas e das imposições verticais na identificação dos problemas de saúde e sua regulação.

O debate sobre os interesses económicos e as intenções políticas subjacentes à acção da FR e particularmente da IHD reflecte a conjuntura académica e histórica em que é produzido, não deixando por isso de abrir linhas de discussão que se mantêm e permitem pensar o enraizamento histórico, social, político, económico e cultural da FR e dos seus programas. Marcos Cueto, na introdução a uma colectânea de trabalhos sobre a presença da FR na América Latina, identifica as diferentes tendências nos estudos sobre a filantropia da Fundação, propondo perspectivas alternativas às análises críticas que dominaram até aos anos 90 do século XX e que se centravam «nas motivações do lado dos dadores» (Cueto 1994a, ix). O domínio desta perspectiva, característico da produção em ciências sociais marcada pelas tendências pós-coloniais, relegava para segundo plano as acções e interesses dos agentes locais e a acção local dos representantes da Fundação (ver Cueto 1994a, ix). Ignorava também a procura activa da cooperação da FR por parte dos agentes locais e a sua apropriação e adaptação dos modelos propostos pela Fundação.

Particularmente radical na interpretação das intenções/motivações filantrópica da FR é um artigo de Richard Brown (1976), em que o autor declara que «a filantropia em saúde pública da Rockefeller continuava a tradição imperialista [do colonialismo]» e que «apesar da sua aparência de humanitarismo [...] Os programas de saúde pública da FR em países estrangeiros pretendiam ajudar os Estados Unidos a desenvolver e controlar os mercados e recursos dessas nações» (Brown 1976, 897). Este trabalho, de clara inspiração marxista, é raramente referenciado na produção mais recente sobre a FR e a IHD. Mas a perspectiva da acção da Rockefeller como «braço do imperialismo americano», ainda que suavizada e

² «Após a deflagração da Primeira Guerra Mundial, as *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* deixaram de publicar os trabalhos de seus cientistas em português e alemão, sendo este idioma, hegemônico até então, substituído pelo inglês» (Benchimol e Silva 2008, 749).

transmutada para modelos analíticos mais em voga no presente, não desapareceu das considerações sobre a acção da FR na área da saúde pública e da investigação científica. Por exemplo, Paul Weindling (1993), frequentemente citado em trabalhos sobre as relações da Fundação com diversos Estados, considera que, em certa medida, a IHD regulou a sua intervenção na Europa, no período entre as duas guerras, no sentido de bloquear possíveis avanços soviéticos e germânicos, promovendo a expansão dos princípios da democracia americana. No entanto, Weindling apresenta a promoção desses modelos pela IHD quase como um facto naturalmente decorrente do contexto sociopolítico a que pertencia a FR, bem como da convicção subjacente às suas iniciativas no campo da saúde, de que «paz e democracia eram pré-requisitos» para os projectos desenvolvidos a longo prazo, visando «a melhoria da saúde em todos os estratos sociais» (Weindling 1993, 254).

No entanto, a acção da FR acabou por demonstrar menos intenção política ou interesse económico e mais flexibilidade (às vezes renitente) em face das condições encontradas pelos seus representantes nos múltiplos e muito diversos cenários sociais, culturais, políticos e económicos com que se deparavam; apesar da persistente tentativa de fidelidade aos princípios orientadores dessa acção, por vezes oscilando entre a decepção exasperada em face das condições encontradas e a consideração das limitações e condicionalismos do terreno.

Assim, julgo mais frutuosa uma abordagem à problemática da relação entre a FR e os receptores da sua filantropia que considere os diferentes actores envolvidos, sem negar à intervenção da IHD a intenção paternalista de contribuir para o progresso dos países com os quais cooperava «segundo o modelo americano, a fim de que ‘eles’ se tornem tão parecidos quanto possível ‘connosco’» (Löwy 2001, 121). A convicção de Benjamin Page (2002), de que os objectivos da FR estavam menos relacionados com «preocupações geopolíticas» e mais ligados com a criação de «uma rede global de medicina científica» (Page 2002, 265), é uma perspectiva a tomar em consideração, como contraponto à análise do poder dos modelos veiculados pela FR, associado à expansão dos interesses e influência dos EUA em vários pontos do globo. Como sugerem os trabalhos de Cueto (1994a, 1994b), de Anne-Emanuelle Birn (2006), de Esteban Rodríguez Ocaña (2000) e de Susan Solomon e Nikolai Krementsov (2001), nessa colaboração é importante ter em atenção os interesses e objectivos dos doadores e dos receptores (ver Solomon e Krementsov 2001), nem sempre coincidentes e nem sempre permitindo a rigorosa transplantação de modelos e estratégias. O trabalho de Birn (2006), sobre a cooperação da Fundação com o Estado mexicano, tem um título – «Casamento de Conveniência» – bastante ilustrativo da sua convicção de que, na cooperação estabelecida,

não havia fluxos e imposições apenas num sentido. Birn defende que essa relação complexa, em que cada uma das partes procurava responder aos seus próprios objectivos, resultava numa «dinâmica assente na concordância de que a ciência era a chave para o progresso humano, independentemente do contexto político» (Birn 2006, 238). Na verdade, esta cooperação dependia de acordos mútuos e negociações, servindo muitas vezes projectos e interesses políticos e de classes nos Estados contemplados pelas intervenções da Fundação; tanto mais que a cooperação dependia da solicitação/convite dos próprios Estados e da colaboração directa de membros das elites científicas nacionais, ligados à medicina e outras ciências, funcionando como interlocutores privilegiados.³ Os programas da FR eram politicamente condicionados e usados, mas não exclusivamente no sentido imperialista de imposição de modelos e práticas americanos no mundo, com o fito de beneficiar de dependências e fidelidades económicas e políticas. A agenda e os projectos da FR e da IHD eram antes perpassados pelas conjunturas e vicissitudes e interesses políticos internacionais, nacionais e locais (Birn e Solórzano 1999; Solomon e Krementsov 2001). A problemática da assimetria de poder e da margem de poder decisório dos países que estabeleciam cooperação com a Fundação não deve ser ignorada; também não deve ser radicalizada no sentido da imposição de modelos organizativos e de regras.

A internacionalização da influência da IHD deve, então, ser percebida na lógica da universalização dos modelos e práticas da ciência médica, bem como da sua circulação (ver Pestre 1995; Löwy 2001); mas também da sua multiplicidade. O modelo de acção proposto pela IHD assentava, por um lado, na convicção da universalidade, i.e. da consensualidade das práticas da ciência médica, aplicada à saúde pública; por outro, na adopção de estratégias organizativas que, não colocando em causa o conhecimento médico, consistiam em modos alternativos de ordenar, combinar e aplicar as técnicas e saberes médicos, constituindo modos de fazer específicos. Os representantes da IHD aspiravam a universalizar este método de produção de conhecimento e de acção em saúde pública, num aparente movimento difusor. Como espero demonstrar, essa aspiração universalista cumpriu-se, em certa medida, mas não num sentido difusionista; as propostas da IHD eram apropriadas e imbuídas de sentidos

³ A questão da linguagem usada para definir os contactos entre a FR e os seus cooperantes oscila entre o «pedido» e o «convite», mesmo entre os representantes da Fundação. De qualquer modo, uma ou outra expressão indiciam a assumpção de que a Fundação nunca intervinha ou se propunha a intervir senão quando expressamente solicitada – convite ou pedido – a sua colaboração. No entanto, nem sempre terá sido assim. Por exemplo, no caso da presença da FR no Brasil, Ilana Löwy diz que, na sequência do estudo sobre a febre-amarela neste país, levado a cabo em 1916 por uma comissão da FR, esta «propôs a ajuda da Fundação Rockefeller para a eliminação da febre-amarela no Brasil e para a organização de campanha contra outras doenças transmissíveis» (Löwy 2001, 120).

diversos, conforme os contextos (ver Pestre 1995, citado na introdução deste trabalho), ou seja, eram adaptadas localmente.⁴

A reflexão de Löwy sobre o universalismo da ciência médica e das práticas localizadas é particularmente pertinente, nomeadamente quando se refere à necessidade de considerar «as tensões entre o ideal de uma ciência médica universal e as práticas de saúde pública elaboradas localmente» (Löwy 2001, 29). Em Portugal, esta tensão é clara na dinâmica da cooperação entre a IHD e a DGS. Esta cooperação foi inicialmente cautelosa por parte da FR e, uma vez estabelecida e ampliada, foi definitivamente condicionada pelo funcionamento das instituições de saúde pública e rotinas dos seus dirigentes, bem como pelas condições financeiras proporcionadas pelo governo português. Na verdade, a cooperação com Portugal parece ter resultado não falhada (as instituições criadas com o apoio da FR continuaram a operar com o financiamento do governo português, depois do encerramento do gabinete da IHD em Lisboa e do termo do financiamento da FR), mas pouco expressiva, não cumprindo inteiramente os objectivos visados pela IHD com o desenvolvimento dos projectos em que participou. Apesar destas limitações, o Instituto de Malariologia de Águas de Moura (IM) e a Escola Técnica de Enfermagem foram projectos emblemáticos e reconhecidos não só pelos médicos mas também pela população, tendo o IM cumprido parte do seu papel de modelo para a prática de controlo da malária, em relação aos Serviços Anti-Sezonáticos (SAS) (ver cap. 3).

Talvez a cooperação da IHD com Portugal e a Espanha ilustre a autonomia – pelo menos parcial – da agenda médica e científica da FR em relação aos interesses económicos e políticos dos EUA, uma vez que se tratava de países periféricos económica, geográfica e politicamente. Esta menor relevância política e económica da Península Ibérica não impediu a FR de se interessar pelo seu potencial científico, como sugerem as incursões em Portugal desde o início da década de 1920 e a relação formal com o governo espanhol iniciada em 1922 (cf. Rodríguez Ocaña 2000). Rodríguez Ocaña realça, antes, que a situação periférica explica a limitada intervenção da Fundação em Espanha (a que se refere como «[...] o envolvimento americano nos assuntos espanhóis»), comparativamente com outros países europeus (Rodríguez Ocaña 2000, 450).

As incursões da FR na Península Ibérica seguiam a viragem das atenções do International Health Board (IHB) para a Europa, na sequência de auxílio aos países europeus,

⁴ «[...] muitos trabalhos de história das ciências recusam agora as noções passivas de difusão e de recepção para reterem aquelas, mais activas, de representações e de apropriações historicamente situadas» (Pestre 1995, 504).

fortemente afectados pela I guerra mundial. A Fundação iniciara um programa de ajuda à França, na área da tuberculose, ainda durante o conflito; mas o fim da guerra alargou a sua intervenção no continente, embora não contemplasse a área da tuberculose. Inicialmente essa ajuda cingiu-se ao relançamento da actividade científica, com financiamentos a instituições de investigação e ensino, sobretudo na área da medicina, bem como na atribuição de bolsas a investigadores europeus que se destacassem. Mas em breve estava envolvida na constituição de instituições de ensino ligadas à saúde pública, nomeadamente na Checoslováquia e na Polónia, (ver Weindling 1993; Farley 2004) e a programas específicos de estudo e controlo da malária em Itália (desde 1924) e em Espanha (desde 1926)⁵ (Russell [1925], [1927]; Farley 2004), progressivamente alargando-se a outros países europeus onde a malária era considerada um significativo problema de saúde pública.

Na verdade, as narrativas históricas sobre o combate à malária em Espanha ou sobre a relação entre o Estado espanhol e a FR dão conta da importância e peso das condições locais, dos projectos e instituições nacionais, da conjuntura política e da influência que todos estes factores tiveram nessa cooperação (Rodríguez Ocaña 2000; Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b; Rodríguez Ocaña, Ballester Añón e Perdiguero 2003c). A problemática de imposição de modelos e regras por parte da FR perde o protagonismo, mostrando-se antes como estas se ajustaram às condições locais.

Devemos ainda considerar que, como disse anteriormente (cap. 3), embora a IHD propusesse formatos inovadores de abordagem aos problemas sanitários e epidemiológicos, as suas especificidades reflectiam o percurso ideológico e prático do planeamento e acção da saúde pública enquanto área de especialização, nos EUA (ver Fee 1987), concomitante à dinâmica sociocultural, política e económica do país. Com as diferenças decorrentes dos contextos histórico-culturais distintos, a estratégia de salubridade do sul dos EUA assemelhava-se ao movimento higienista do Brasil, nas duas primeiras décadas do século XX (Lima e Hochman 2000; Löwy 2001; Hochman 2006), assumindo um discurso igualmente messiânico, arrogando-se uma missão civilizadora e higienizante, numa quase acção de colonização interna.

⁵ O acordo de cooperação entre a FR e o governo espanhol datava de Maio de 1922 (Rodríguez Ocaña 2000). Note-se que, tal como veio a suceder em Portugal anos mais tarde, a FR não inaugura a acção antimalária em Espanha. Existia um instituto para o estudo da malária em Naval Moral de la Mata, na província de Cáceres. Este instituto formara-se por iniciativa de Sadi de Buen (técnico da primeira Comissão para o Saneamento de Comarcas Palúdicas, desde 1920, parasitologista no Instituto Nacional de Higiene, e secretário executivo da Comissão Antipalúdica) e em 1927 passou a integrar uma «rede malariológica internacional de investigação e docência» (Rodríguez Ocaña, Ballester Añón e Perdiguero 2003c, 73).

A especificidade do modelo da IHD assentava na propensão para planificar e organizar sistemas básicos de assistência a partir de instituições modelo – de preferência dirigidas por técnicos formados em saúde pública com bolsas da FR e em escolas, institutos ou universidades seleccionadas pela Fundação – bem como numa concepção epidemiológica focada numa doença específica e nas suas causas directas:

Começaram com um esforço para controlar ou erradicar a ancilostomíase como parte de uma tentativa de constituir o que hoje se chamaria uma infra-estrutura de saúde pública; mas quase desde o início adoptaram a malária e a febre-amarela e até se envolveram numa campanha dispendiosa contra a tuberculose, em França. [...]

Dirigiram esforços semelhantes no sentido do treinamento de médicos de saúde pública e, num menor grau, de enfermeiras de saúde pública. Estes médicos e enfermeiras estavam destinados a tornar-se membros de um novo quadro de profissionais de saúde pública, constituindo serviços de saúde pública onde nenhuns existiam ou arrebatando o controlo das questões de saúde pública a médicos em part-time, incompetentes e sem treino em saúde pública (Farley 2004, 2).

O alargamento da acção da FR no âmbito da saúde pública a outros países resultou da avaliação do sucesso (na interpretação dos seus técnicos e administradores) dos programas de combate à ancilostomíase no sul dos EUA, acompanhado de campanhas para a educação das populações em matéria de higiene e para a mobilização das autoridades locais no sentido de criar centros de saúde nas comunidades rurais (ver Farley 2004). Estas acções assentavam na convicção, atrás mencionada, de que a doença era geradora de pobreza e que só podia ser debelada com a colaboração de todos; neste sentido, era fundamental educar a população para a tornar cooperante e participativa.

Apostada em estender os métodos e princípios que adoptara nos EUA a outros países igualmente flagelados pela ancilostomíase, a FR defendia a disseminação e circulação de conhecimento científico como a chave para o desenvolvimento individual e social. Por conseguinte, a ancilostomíase era um pretexto e um veículo para a promoção das regiões e populações mais «atrasadas», pela higiene e a saúde pública. No *The Rockefeller Foundation Annual Report* referente a 1921, o subtítulo «Trabalho de equipa para a saúde mundial» é uma ode esperançosa sobre os prenúncios de «uma campanha mundial pela saúde», manifestada no contacto permanente entre higienistas de vários países, a melhoria e cosmopolitismo dos conhecimentos de saúde pública, a importância e o papel de agências como a Cruz Vermelha e a recém-criada OHSDN e, particularmente, do Comité de Higiene (CHSDN) (Vincent [1922]). O IHB reafirmava a sua intenção de se juntar a essa tendência; na verdade iniciara

havia já alguns anos a sua acção nas Américas e na Ásia, colaborando também activamente com a OHSDN, desde 1922. A FR financiava um programa de controlo epidemiológico a desenvolver por aquele organismo da Sociedade das Nações, bem como o «programa de troca internacional de pessoal de saúde, da Secção de Saúde da Sociedade das Nações» (Vincent [1923], 9).⁶

Na sua história da IHD, John Farley refere a espécie de «lema» apresentado como fundamento da criação e orientador da acção da FR, em 1909: «‘promover o bem-estar e desenvolver a civilização dos povos dos Estados Unidos e seus territórios e possessões e de terras estrangeiras, na aquisição e disseminação de conhecimento, na prevenção e alívio do sofrimento e na promoção de qualquer e todos os elementos de progresso humano’» (citado em Farley 2004, 3). Este propósito orientador coadunava-se com a convicção de que a doença forjava a pobreza, o atraso e as taras hereditárias, sendo responsável pela ignorância e a criminalidade (cf. Farley 2004, 5). Por conseguinte, saúde e educação eram considerados os eixos fundamentais do desenvolvimento humano. Dentro destas linhas orientadoras, a International Health Commission – antecessora da IHB e da IHD – criada em Junho de 1913, tinha como desígnio «a promoção da sanidade e a difusão do conhecimento da medicina científica» (The Rockefeller Foundation 1915, 7). De facto, e ainda seguindo Farley (2004), o primeiro director do IHB, Wickliffe Rose, deu particular relevância à sensibilização e educação, pelo exemplo, das autoridades administrativas e dos próprios médicos locais no sentido de implantar e difundir a importância da saúde pública e da organização de estruturas assistenciais estatais, nessa área. Neste sentido, era fundamental o adestramento científico e técnico dos médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários, com o intuito de criar um corpo de técnicos de elite que orientasse essa organização. A importância do combate e prevenção a doenças específicas residia precisamente nas possibilidades de propaganda, demonstração e educação que essas acções ofereciam (Farley 2004). Estes princípios e objectivos estão, de resto, clara e sucintamente expressados nos relatórios anuais da FR durante as primeiras décadas do século XX:

⁶ Sobre a colaboração da FR com a Organização de Higiene da Sociedade das Nações veja-se também Rajchman (director médico da Secção de Higiene do Secretariado da Sociedade das Nações), para Rose, Rockefeller Foundation, 2 de Maio, 1922; Société des Nations, «Comité d’Hygiène. Procès-verbaux de la sixième session tenue a Paris du 26 mai au 6 juin 1923»; Société des Nations, «Comité d’Hygiène. Procès-verbaux de la sixième session tenue a Paris du 26 mai au 6 juin 1923», 3º piso, A28, M63, SDN, Organização de Higiene da Sociedade das Nações 1920-1923, AHDMNE. Société des Nations, «Vérifications des comptes pour 1930 relatifs aux sommes reçues de la Fondation Rockefeller a titre de contribution au budget de l’Organisation d’Hygiène», 6 de Julho, 1931; Société des Nations, «Vérifications des comptes pour 1932 relatifs aux sommes reçues de la Fondation Rockefeller ai titre de contribution au budget de l’Organisation d’Hygiène», 30 de Junho, 1933, 3º piso, A28, M66, Questões de Higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

[...] Ainda que o alívio de certas populações das limitações e sofrimentos criadas pela ancilostomíase seja em si mesmo um objectivo fundamental, o International Health Board sempre considerou as suas demonstrações sobre a ancilostomíase como um meio para um fim ainda mais alargado, nomeadamente o estabelecimento de um Serviço de Saúde Pública inclusivo, capaz de lidar com todos os aspectos da saúde pública de uma comunidade, de um estado ou de uma nação (Vincent [1919], 39).

O grupo de profissionais da saúde pública que disseminariam os princípios da administração e acção em saúde pública, com bases científicas sólidas, seria constituído através da atribuição de bolsas de estudos em instituições seleccionadas, nos EUA (mais tarde também na Europa), bem como criando institutos de ensino, investigação e escolas de saúde pública em alguns países. Tratava-se de uma verdadeira regra de «aculturação» de médicos, em todo mundo, a «um conjunto de práticas, de técnicas, de habilidades, de competências materiais e sociais» (Pestre 1995, 495), que permitissem a permanente inclusão de novos participantes, nessa rede de práticas de saúde pública.⁷ Contudo, precisamente porque o seu objectivo era claramente a projecção dos seus métodos de investigação, organização e acção na área da saúde pública, as bolsas da IHD eram, pelo menos em princípio, atribuídas apenas a médicos e investigadores a quem o governo do país de origem garantisse um lugar nas instituições de ensino, investigação ou nos serviços de saúde estatais, após a sua especialização como bolseiros da FR. As bolsas e financiamentos eram atribuídos apenas a indivíduos considerados dinâmicos e receptivos a novas ideias, bem como a instituições de excelência (Weindling 1993).

Os sucessores de Rose na direcção da IHD teriam adoptado outra perspectiva, segundo a qual as campanhas visando doenças específicas (ancilostomíase, febre-amarela, malária) valeriam por si mesmas, ou seja, pela possibilidade de eliminar – erradicar – essas doenças e não como estratégias educativas ou modelares. Mas mais marcante do que esta divergência de interpretações entre Wickliffe Rose e os seus sucessores era a importância fulcral que estes davam à investigação, compreendida como base fundamental de toda a acção em saúde

⁷ Tomo de empréstimo esta citação de Dominique Pestre que se refere, no original, à caracterização do «praticante das ciências»: «O praticante das ciências é alguém que adquiriu uma cultura, que foi formado, modela por um certo meio, que foi fabricado no contacto com um grupo e partilhou as suas actividades – e não uma consciência crítica à obra, um puro sujeito conhecedor. Aculturado a um conjunto de práticas, de técnicas, de habilidades, de perícias materiais e sociais, ele é parte integrante de uma comunidade, de um grupo, de uma escola, de uma tradição, de um país, de uma época» (Pestre 1995, 495).

pública (Russell [1924]). Farley (2004) refere-se também a esta transição;⁸ no entanto, realça muitas evocações da orientação original de Rose, bem como momentos de rigor duvidoso na diferenciação do programa orientador da acção da IHD. Essa mudança de enfoque, que segundo Farley correspondeu à ascensão de uma elite médica dentro da própria Fundação e resultou em momentos de críspação entre os membros decisores, em Nova Iorque, e os representantes da IHD no terreno, ocorreu paulatinamente. Foi sobretudo notória a partir de 1929, acompanhando o surgimento de um novo grupo, dentro da FR (os Directores Científicos), formado por especialistas médicos (Farley 2004, 8). Mas nos primeiros anos da direcção de Frederick Russell, sucessor de Rose na IHD (desde 1923 e até 1935), esta mudança de enfoque não era evidente. Embora se referisse amplamente à importância da investigação, como base científica da saúde pública, Russell procurava estabelecer pontes entre investigação e acção, preconizando o desenvolvimento da pesquisa no terreno, a seu ver pouco desenvolvida até então (1923);⁹ na sequência desta orientação, valorizava o papel demonstrativo das acções da IHD no campo da saúde pública (Russell [1924]).

Farley refere ainda uma aparente falta de planeamento a longo prazo e aquilo que chama «decisões ad hoc», na planificação e nas decisões da IHD, reflectindo-se em escolhas destoantes quanto aos países com os quais estabeleceram relações. Refiro-me a estes aspectos, por acreditar que a cooperação entre a IHD e a DGS em Portugal é um exemplo destas dificuldades em classificar rigidamente as orientações e estratégias da FR, levantando também algumas dúvidas sobre o rigor e alcance do conhecimento da Fundação sobre os países que solicitavam a sua cooperação; apesar da regra de elaboração de inquéritos prévios para avaliar as condições e potencialidades locais. De qualquer modo, não devemos deter-nos excessivamente na busca de tendências, modelos e linhas orientadoras que permitam dar sentido e interpretar as práticas dessas instituições, pois corremos o risco de nos fixarmos na retórica e ideologia anunciadas pelos próprios agentes como linhas mestras da acção, negligenciando outros factores, não mensuráveis ou classificáveis e, para alguns, menos objectivos, como empatias, relações, convicções, projectos e interesses pessoais.

⁸ Também Löwy, baseando-se no caso brasileiro, acentua uma transição, ocorrida em 1927, de um maior enfoque da IHD na acção de saúde pública para um enfoque na investigação laboratorial sobre as doenças (ver Löwy 2001, 157).

⁹ «Mas existe um tipo de investigação, talvez não suficientemente cultivada no passado, que deve ser feita no terreno por homens em contacto íntimo com as pessoas cujas vidas são afectadas – homens que têm o tacto, a segurança e decisão que só a prática nos laboratórios científicos pode dar mas que vêem o problema como uma questão humana e conhecem os hábitos, ideias e até os preconceitos da população» (Russell [1924], 85).

A International Health Division em Portugal

É em 1917 que começam a surgir na imprensa médica portuguesa referências à FR e suas iniciativas nos EUA e na América do Sul. Crescia a valorização dos contactos internacionais e da troca de experiências, voltando-se as atenções já não exclusivamente para o resto da Europa mas também para os EUA. Na revista *A Medicina Contemporânea*, surgem notícias de divulgação das acções filantrópicas da Fundação (*A Medicina Contemporânea* 1917, 1920b; Costa 1917a), bem como referência a inovadores centros de ensino e investigação nos EUA (Costa 1917b). Estas referências traduzem a popularização dos programas e contribuições financeiras da Fundação no meio científico europeu, especialmente com a implementação do programa para o controlo da tuberculose em França, iniciado ainda durante o decorrer da I guerra mundial, e posteriormente com a implementação de bolsas de estudo e financiamentos a instituições científicas para o restabelecimento da actividade de investigação e organização sanitária nos países europeus afectados pelo conflito mundial. Mas, no caso específico de Portugal, vêm também na sequência das reflexões críticas de alguns médicos portugueses sobre a organização, regulamentação e desenvolvimento da higiene e saúde públicas no país.

Com Ricardo Jorge como director-geral de saúde e principal obreiro das reformas na área da saúde pública, sucediam-se as tentativas para a criação e consolidação de estruturas administrativas que garantissem a expansão de um serviço de saúde a todo o território nacional, mas também instituições que garantissem o ensino da higiene como elemento fundamental da saúde pública. Desde a viragem do século XIX para o século XX, até à implantação do Estado Novo, as leis mais significativas foram a da reforma da saúde de 24 de Dezembro de 1901 (Ribeiro 1901), a de Maio de 1911 (Braga *et al.* 1912b [1911]) e a de 12 de Outubro 1926 (Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde 1926) (ver caps. 1 e 2). A concepção mais abrangente da saúde pública, patente no preâmbulo ao regulamento dos serviços de saúde, de 1901, teria que assentar não só no treinamento de técnicos especializados (médicos e engenheiros, fundamentalmente), mas também na investigação e na divulgação de conhecimentos; o curso de medicina sanitária do Instituto Central de Higiene deveria cumprir este papel.

Os textos legislativos revelam preocupação com a cooperação entre a administração civil e a sanitária, bem como com a relação entre os organismos centrais e as instituições e autoridades locais (ver Ministério dos Negócios do Reino 1900); mas também a consciência

de que «Reformas radicais, nem ha meios de fazer vingal-as nem dinheiro que as pague» (Ministério dos Negócios do Reino 1900, 157). Acrescia a estas limitações a «tradição» assistencial e caritativa em matéria de saúde, simbolizada por todo o país pelos hospitais das Misericórdias e que acentuava o aspecto curativo em detrimento do preventivo, bem como a iniciativa privada, em detrimento da acção estatal (ver cap. 1).

As tentativas de organização do serviço de saúde em Portugal atravessaram o período de transição para o regime republicano, transportando não só as mesmas figuras referenciais, como Ricardo Jorge, mas também as mesmas dificuldades e distanciamento entre a letra e a prática da lei. Nesta persistente tentativa de revolução higienista, a malária era apenas um dos aspectos a contemplar, ante o projecto de saneamento à escala nacional; mas merece atenção especial na reforma dos serviços de saúde proposta pelo regime republicano (ver cap. 1), reflectindo as «modas» da ciência médica, ditadas não só pela centralidade centenária das «febres» nas concepções médicas e leigas sobre doença, mas também porque perante a escassez de recursos técnicos que oferecessem à medicina a possibilidade de provar inequivocamente o seu potencial, os métodos para o tratamento e controlo da malária eram grandemente valorizados e publicitados (particularmente as acções levadas a cabo em Itália). Mais, após a I guerra mundial, com a criação da Sociedade das Nações e da OHSDN, o controlo da malária assumira um lugar importante nas iniciativas internacionais preconizadas por este organismo, para a promoção da saúde pública e da higiene rural em toda a Europa (ver cap. 3).

Nicolau Bettencourt, director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, refere-se a uma visita de estudo a Itália, que teria realizado cerca de 1922, com um financiamento da FR, para ver de perto as pesquisas e acções desenvolvidas no sentido do controlo da malária (Bettencourt 1930). Trata-se, muito provavelmente, da mesma visita que o levava aos Países Baixos (ver cap. 3) e que resultara na publicação de um artigo sobre os serviços de saúde nessa região (Bettencourt 1924). O CHSDN tinha «convidado a Direcção Geral de Saude a escolher um medico para ir a Italia» e Bettencourt fora nomeado para representar Portugal num grupo de médicos de países interessados no problema do controlo da malária (A Medicina Contemporânea 1923, 72). Embora Bettencourt fale do financiamento da FR sem entrar em detalhes, certamente este inscrever-se-ia no acordo de cooperação estabelecido entre a Fundação e o CHSDN desde 1922.

Em 1924 noticia-se que a IHD começara, no ano anterior, a subsidiar as faculdades de medicina de Lisboa e Porto para a aquisição de revistas médicas americanas e inglesas,

estendendo-se esse subsídio à faculdade de medicina de Coimbra, no ano de 1924 (A Medicina Contemporânea 1924a). Segundo o relatório da FR, este financiamento iniciou-se em 1922 e manteve-se até 1930. Mas na revista *A Medicina Contemporânea* as regulares referências laudatórias, ainda que breves, ao trabalho da FR, sugerem que alguns médicos portugueses não se contentavam com esta colaboração restrita e pontual, notando que «Portugal continua[va] a ser dos países menos favorecidos pela benemerita Fundação» (A Medicina Contemporânea 1926b, 152).

A manifesta admiração pelos programas desenvolvidos pela FR, especialmente os ligados à saúde pública, implicando acção no terreno, combinava-se com as análises críticas à saúde pública em Portugal feitas por médicos ligados ao serviço de saúde. Assim, uma das primeiras tentativas para envolver a FR na organização da assistência médica em Portugal foi a de Cassiano Neves, director da Assistência Nacional aos Tuberculosos.¹⁰ Este pediu a intervenção do embaixador português em Washington, no sentido de conseguir a colaboração da FR para a organização de um serviço anti-tuberculose eficaz em Portugal, à semelhança do que desenvolvera em França. Contudo, «Nada conseguiu [...] naturalmente, presume o nosso colega, pelo facto dos americanos só ajudarem na sua cruzada os povos que começam por contar um pouco consigo próprio: *Ajuda-te que os americanos te auxiliarão*» (A Medicina Contemporânea 1926a, 182). A FR surgia assim como um recurso para suprir as carências financeiras e organizativas do país, mas também como um potencial meio de pressão sobre o governo, confrontando o poder político com a necessidade de demonstrar empenho e investimento na área da saúde, de forma a «merecer» a colaboração e confiança da fundação americana.

A questão do «mérito», avaliado segundo os critérios da IHD, era um factor de peso na decisão para aceitarem os «convites» à sua cooperação. E é nesta conjuntura de intervenção alargada da FR na Europa, em cada vez mais áreas (ensino médico e de enfermagem, bolsas, tuberculose, malária), associada ao interesse dos médicos portugueses na extensão dessa ajuda a Portugal, que podemos também compreender os contactos da Fundação com estes médicos e as suas incursões inquiridoras (de que, de resto, *A Medicina Contemporânea* não dá conta) no território nacional.

Os representantes da FR estudavam *in loco* a situação dos países europeus em termos de infra-estruturas de formação e assistência, como etapa primeira e fundamental para a

¹⁰ A notícia sobre o pedido – mediado – de Cassiano Neves à FR é de 1926, mas não informa a data exacta deste contacto; terá acontecido em meados da década de 1920.

avaliação das condições locais e determinação do tipo de cooperação a adoptar.¹¹ De acordo com as conclusões dos inquéritos, a IHD podia então proporcionar também aos técnicos (médicos, engenheiros, enfermeiras) desses países financiamentos para especializações na área da saúde pública e da enfermagem, bem como para missões de estudo. Se deste périplo europeu resultaram cooperações imediatas, como as estabelecidas com a Checoslováquia, a Itália, a Áustria, a Hungria, a Polónia, a Roménia e a Jugoslávia (Farley 2004; Solomon 2003), a ligação a países como Portugal, com uma situação financeira e política instável,¹² não teve seguimento, pelo menos imediatamente, exceptuando o subsídio atrás mencionado.

Cueto (1994b) refere a importância dos inquéritos na metodologia da FR, notando que estes revelavam percepções etnocêntricas das realidades locais, tomando por referência o modelo de desenvolvimento científico americano e alienando o contexto médico e científico da realidade sociocultural local. Também Löwy (2001) dá conta dos relatos sobre a sociedade brasileira, classificação e naturalização de traços comportamentais e sua relação com o meio, nos relatórios elaborados pelos representantes da FR naquele país, durante a segunda década do século XX. Essa percepção, convertida em discurso científico sobre as populações, seus modos e condições de vida influenciava a acção da IHD no terreno e o seu alcance. No entanto, e como atrás se disse, esta classificação do ambiente e dos indivíduos esteve também subjacente ao discurso médicos brasileiro, durante as primeiras décadas do século XX, impulsionando o programa sanitaria.

No caso dos documentos referentes a Portugal, a que tive acesso, a questão do etnocentrismo não se aplica tanto à descrição e comentários sobre a população local, como aconteceu no caso dos relatórios sobre diversos países da América Latina (e ressalve-se que esta não era uma peculiaridade da FR mas antes uma marca dos discurso médico e científico

¹¹ Veja-se o que escrevia Frederick Russell sobre os métodos adoptados pela IHD: «Agindo segundo a premissa de que a saúde pública é uma função do governo, a Fundação tem desenvolvido programas unicamente por pedido das autoridades governamentais responsáveis que terão o encargo da sua execução permanente. Inquéritos e estudos preliminares têm sido considerados um pré-requisito. Outra política que tem sido vantajosa para a Fundação é a restrição das suas actividades a certos campos específicos» (Russell [1929], 29).

¹² «[...] a Guerra reforçou grandemente a tendência para a extravagância e parece ter deixado o país empobrecido e desmoralizado. O Presidente [Sidónio] Paes, que tentou tornar-se um governante forte imediatamente após a guerra e que fez alguma coisa no sentido de reorganizar as finanças e restabelecer as relações com o Vaticano, foi assassinado ao fim de pouco tempo. Desde então, a situação de Portugal tem sido cada vez mais caótica.

[...]

Há quem pense que Portugal deveria ter um ditador como a Espanha. O Primeiro-ministro Castro tem, contudo, tomado algumas medidas bastante severas para reduzir os gastos e pode ser possível que ele venha a conseguir ultrapassar os maus resultados de '13 anos de tremenda extravagância'» («Medical Education in Portugal», 1924, Apêndice, pp. 1, 2, pasta 536, caixa 47 série 1.3, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC).

«ocidental» em relação, por exemplo, aos contextos e populações coloniais; mas também em relação às populações rurais mais afastadas geograficamente dos centros produtores de conhecimento médico e legislação sanitária, bem como mais arredias dos modelos por estes produzidos e instituídos). De certa maneira, os portugueses são invisíveis nos relatórios da FR (seja os da IHD, seja os do Departamento de Educação Médica [*Departmente of Medical Education*], secção que primeiro produziu relatórios sobre Portugal). As condições e modo de vida da população, bem como os referentes culturais praticamente não aparecem. As instituições de ensino e prática médicas eram o alvo das atenções do Departamento de Educação Médica (DEM). A sua abordagem e entrada na realidade portuguesa faziam-se por via das administrações e instituições científicas (elites). Descreve-se e comenta-se estas instituições, a organização administrativa e alguns aspectos da política nacional portuguesa, mas sem as relacionar com redes e organização social. Nesses relatórios, os representantes da FR reproduziam considerações de médicos portugueses sobre questões de ensino e investigação, o que denota, por um lado, um conhecimento directo limitado do terreno por parte dos homens da Fundação; por outro lado, sugere que as considerações tecidas eram partilhadas, senão sustentadas, pela elite científica nacional, constituindo-se como um elemento de aproximação entre as duas partes, mas também como sinal da universalização de modelos e estratégias nos campos da investigação, ensino, institucionalização e acção médicos.

Esta visão da FR em relação à realidade dos países com os quais colaborava resultava em discursos e orientações ambíguas, em face da realidade no terreno. Ou seja, havia diferenças insuperáveis entre as missões de curta duração – envolvendo sobretudo contacto com os representantes das «culturas científicas» locais e das quais resultavam relatórios condicionados, à partida, por uma «ideologia científica» à qual correspondia um modelo de acção – e as experiências dos representantes da FR no terreno, por períodos longos, depois de formalizados os acordos de cooperação com os diferentes Estados. Estes eram confrontados com as condições situadas que interferiam com a organização e acção dos planos que se propunham levar a cabo, obrigando a negociações e adaptações que os desviavam, por vezes, dos modelos orientadores da FR, indo ao encontro das lógicas locais.¹³

¹³ Veja-se as considerações de Birn (2006) sobre a cooperação da FR com o governo mexicano.

Em 1924, o DEM da delegação da FR em Paris (*Paris Field Office*) produziu um relatório intitulado *Medical Education in Portugal*.¹⁴ Este relatório fez parte de uma série de inquéritos sobre as condições de ensino da medicina na Europa do pós-guerra, levados a cabo por aquele departamento, entre 1920 e 1927, no sentido de avaliar e programar a cooperação com os Estados europeus na área do ensino da medicina. De acordo com as conclusões desses relatórios, o programa de cooperação podia envolver o fornecimento de «material de laboratório, literatura médica e bolsas de estudo» (Solomon 2003, 711).

O relatório sobre Portugal faz um resumo da história do país, da sua geografia e dados demográficos e debruça-se depois sobre todos os níveis de ensino, apresentando números e referindo-se à sua regulamentação e qualidade. O ensino superior merece particular atenção e especialmente o ensino médico; contudo, o relatório não é conclusivo sobre a real qualidade e possibilidades das instituições de ensino médico em Portugal, uma vez que considera haver um grande desfasamento entre a regulamentação e a prática, sendo necessária uma avaliação rigorosa de instalações, equipamentos e trabalhos das universidades. Esta apreciação termina com um apêndice apresentando a situação política de Portugal em 1924, numa clara avaliação das possibilidades de contar com estabilidade, interesse e empenho do governo e recursos financeiros que tornassem viável a cooperação com a FR. Os acordos de cooperação celebrados entre a FR e os países com os quais se propunha colaborar eram sempre condicionados pelas garantias financeiras destes Estados, para assegurarem a manutenção das instituições ou serviços desenvolvidos no âmbito dessa cooperação; tanto mais que esta implicava participação financeira parcial por parte da FR e era também limitada no tempo.

Em Portugal, as convulsões políticas da I República, com os governos a sucederem-se a um ritmo vertiginoso, a I guerra mundial, a agitação social e os permanentes problemas financeiros do Estado relegavam as questões de saúde pública para segundo plano, nas preocupações administrativas. Por outro lado, uma população empobrecida, iletrada e predominantemente rural, não partilhava as percepções de saúde e doença subjacentes aos modelos de saúde pública que imperavam entre as elites urbanas, nem teriam a higiene preventiva como uma das prioridades do seu quotidiano, sujeito a muitas outras atribulações e necessidades. Por outro lado, havia, como atrás se disse, outros recursos assistenciais, em caso de doença, dominados pela filantropia e caridade.

¹⁴ «Medical Education in Portugal», 1924, pasta 536, caixa 47 série 1.3, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

O papel de motor do desenvolvimento de investigação, organização administrativa e acção na área da higiene e saúde pública em Portugal parece assim residir nas convicções e interesses científicos e profissionais da classe médica. Acompanhando as transformações introduzidas pelo regime republicano, o ensino médico e a DGS sofreram reformas (Direcção Geral da Instrução Secundária Superior e Especial 1911; Braga *et al.* 1912b [1911]). Como se viu no primeiro capítulo, as Escolas Médicas de Lisboa e Porto passaram a faculdades de medicina, em igualdade com a faculdade de medicina da Universidade de Coimbra. O Instituto Central de Higiene foi anexado à faculdade de medicina de Lisboa (Direcção Geral da Instrução Secundária Superior e Especial 1911) e o curso de medicina sanitária, ministrado neste instituto, foi substituído pelo curso de higiene pública, ministrado nas faculdades de medicina.¹⁵

Contudo, a reforma do ensino médico, promulgada na sequência da instauração da República, não resultou, pelo menos para a expectativa de alguns médicos, numa transformação significativa de curricula ou de investigação e produção científica médica nas universidades portuguesas. Com a expansão das redes internacionais de circulação e consolidação dos conhecimentos científicos, os médicos portugueses acusavam a carência de recursos e a escassez de produção nacional, bem como a cristalização de modelos pedagógicos.

Celestino da Costa, professor de histologia e embriologia na faculdade de medicina de Lisboa, desde 1911 (Amaral 2006), reflectiu longamente sobre a necessidade de seguir em Portugal a iniciativa tomada em Espanha para a promoção do ensino e produção científica em várias áreas, com a criação de um organismo devotado à concessão de bolsas de estudo no estrangeiro. Segundo Celestino da Costa, Portugal precisava de «aumentar o numero dos investigadores e, como o nosso meio tem demonstrado uma escassa produtividade, temos de lançar meio ou da importação de professores estrangeiros como chefes de escola ou da exportação de nacionaes para o estrangeiro a aprender ahi os methodos scientificos ou, ainda dos dois recursos» (Costa 1917b, 146).¹⁶

¹⁵ O instituto esteve ligado à faculdade de medicina até 1929, quando passa a denominar-se Instituto Ricardo Jorge e a ser tutelado pelo Ministério do Interior; a cadeira de higiene do curso de medicina continuou a ser nele ministrada (Correia 1938).

¹⁶ A reforma dos serviços de saúde de 12 de Outubro de 1926 estabelecia, no seu artigo 13.º, que «[a] Direcção Geral de Saúde, sob autorização do Ministro [do Interior], poderá contratar no estrangeiro técnicos experimentados e especializados em funções laboratoriais e sanitárias» (Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde 1926, 1523).

Em 1921, Reynaldo dos Santos (Santos 1921) escrevia também sobre o ensino da medicina em Portugal, em diálogo discordante com a posição de Celestino da Costa sobre o papel das universidades enquanto centros de ensino profissional e de produção científica, ainda a propósito das reformas de 1911. Santos considerava fundamental pensar sobre o papel da universidade e sobre o ensino médico em Portugal, atendendo ao atraso e especificidades do meio nacional; não ignorando o contexto internacional mas reconhecendo a impossibilidade de acompanhar par e passo essas tendências. No discurso de Santos, o Instituto Rockefeller surgia como um dos exemplos mais expressivos da independência da investigação científica em relação ao ensino universitário.

Ainda em 1921 e de novo em *A Medicina Contemporânea*, Celestino da Costa insistia sub-repticiamente na questão da reforma do ensino médico, transcrevendo directamente do relatório anual da FR, referente a 1920:

As ciências que contribuem para o conhecimento do corpo humano e os seus processos e os recursos técnicos do tratamento e da profilaxia cresceram enormemente e estão-se desenvolvendo com rapidez. Laboratórios bem providos, a cargo de pessoas bem treinadas, e hospitais cuidadosamente organizados, com facilidades para o ensino e para a investigação, sob a inspecção de médicos que consagram todo ou a maior parte do seu tempo aos doentes, ao ensino e á investigação, são absolutamente essenciais para uma escola-médica moderna de classe superior (Costa 1921, 325, 326).

Por conseguinte, sob diversas perspectivas, a investigação na área da medicina, o ensino médico e a organização dos serviços de saúde com ênfase na prevenção dominavam os debates da classe médica em Portugal. Assim, percebe-se que o interesse pelos programas e métodos da FR e o apelo à sua colaboração decorriam de dinâmicas da realidade médica, científica, política, económica e social portuguesa das primeiras décadas do século XX, abrindo caminho para a possibilidade de a intervenção da IHD se estender a Portugal.

Embora as fontes consultadas não permitam afirmá-lo com segurança, é possível que Costa mantivesse contacto com a IHD, tal como tinha com o DEM, como sugerem as fontes. Não só escreve com reverência sobre os programas da FR, mas também os seus artigos e considerações sobre a investigação e ensino médicos em Portugal são citados em relatórios da Fundação. E talvez esses contactos de Costa e outros médicos, como Cassiano Neves, estivessem na origem dos inquéritos realizados pelas diferentes divisões da FR, em Portugal (DEM e IHD), uma vez que, segundo as normas da Fundação, estes apenas se realizavam após pedido/convite das organizações governamentais dos países interessados. De resto, o

problema do desenvolvimento da investigação científica em Portugal foi sempre uma das maiores preocupações de Costa, que dirigiu a Junta de Educação Nacional (JEN) a partir de 1934, tendo-se mantido no cargo mesmo depois da substituição da Junta pelo Instituto de Alta Cultura, em 1936 (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira s.d.(a)).¹⁷

A avaliação do ensino médico em Portugal, pela FR, prosseguiu em 1931. O relatório extensíssimo redigido por Daniel P. O’Brien resultou da sua passagem pelas instituições de ensino médico em Portugal, entre 22 de Março e 4 de Abril de 1931. Trata-se de uma versão aprofundada e detalhada do relatório de 1924. Refere todas as instituições de ensino e investigação médica no país – incluindo a formação de parteiras e enfermeiras – sua organização, estrutura, pessoal, orçamentos, despesas (por exemplo, salários), instalações, curriculum dos cursos; refere os professores dos quadros das faculdades de medicina e os investigadores das diversas instituições mencionadas, com comentários pontuais sobre a sua competência científica. Apresenta ainda informação sobre os hospitais existentes no país, dando particular destaque ao Instituto de Oncologia. O aspecto financeiro é sempre documentado, com apresentação dos orçamentos das faculdades de medicina; mas também apresentando dados sobre gastos com a saúde pública e o cuidado com os doentes.

A JEN merece uma referência especial, uma vez que lhe competia financiar bolsas de estudo a professores, investigadores e recém-licenciados em várias áreas. O seu orçamento vinha do Estado mas podia aceitar participações de particulares.¹⁸ Uma das questões levantadas pelo representante da FR era precisamente a possibilidade de colaboração com a JEN.

¹⁷ Em 1907, por influência de Agostinho de Campos, Director Geral do Ensino superior, o ministro João Franco estabelecera a atribuição de bolsas de estudo no estrangeiro (Monteiro 1936b). Contudo, esta iniciativa não teve continuidade. Em 1911, as leis republicanas que criavam as universidades de Lisboa e Porto e reformavam a de Coimbra, definindo a todas como centros de produção e investigação científica, estabeleciam também, em diploma legislativo, «em cada Universidade um fundo de bolsas ou pensões de estudo, que se destinavam, em parte, a enviar anualmente ao estrangeiro, a-fim-de se aperfeiçoarem ou especializarem nos seus estudos, os recém-diplomados que tivessem concluído o curso com distinção. Todavia, estas bolsas post-escolares ou de aperfeiçoamento, que deviam distribuir-se anualmente por concurso [...], nunca chegaram a ser concedidas» (Monteiro 1936b, 254). Não pretendo fazer uma história especulativa do papel de Celestino da Costa no envolvimento da IHD com Portugal, nem tal seria relevante. No entanto, adensando a complexidade de elementos que se combinam quando consideramos os factos científicos como processos, se nos debruçarmos sobre a biografia de Celestino da Costa, a sua formação internacional e a internacionalização da sua carreira (estagiara em diversos laboratórios europeus, entre 1907 e 1934), nomeadamente as suas ligações com o universo da endocrinologia e da histologia espanholas, as orientações e aspirações que regeram o seu percurso pessoal e profissional, tal como é apresentado no trabalho de Isabel Amaral (2006), é inevitável pensar sobre o modo como este percurso biográfico propiciou o contributo de Celestino da Costa para os contactos com a IHD. O que é verdade para Celestino de Costa pode também ser para outros indivíduos mais directamente envolvidos no processo de configuração da malária em Portugal, mas sobre os quais não possuo informações tão detalhadas.

¹⁸ Daniel P. O’Brien, M.D., «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Este relatório oferece elementos importantes para compreender o processo de negociação da cooperação da FR com instituições de ensino da medicina; revela ainda o que os intervenientes nessa negociação mais valorizavam, os argumentos que usavam, levando-nos a interrogar as suas motivações. Embora não tivessem sido feitos «pedidos directos por nenhuma das Escolas [médicas]»,¹⁹ as apreciações dos médicos portugueses (nomeadamente de Celestino da Costa) sobre as instituições de ensino e investigação médica estavam acompanhadas de sugestões para possíveis financiamentos da FR. De facto, O'Brien referia afinal uma sugestão/pedido de Costa, em que este aventava que «uma intervenção da Fundação Rockefeller com vista a aumentar os recursos da Junta de Educação Nacional poderia ter resultados definitivos; estimularia o Estado a aumentar a sua contribuição; teria resultados eficazes [...] na investigação na área das ciências médicas». A FR poderia ainda ajudar na «construção de institutos da faculdade de medicina [...]», bem como «com o equipamento de aparelhos ou livros e periódicos. Seja qual for a forma que assuma a intervenção da Fundação Rockefeller constituiria um estímulo poderosíssimo na acção do Governo».²⁰

Os médicos portugueses, e muito particularmente Costa, falavam a mesma linguagem dos representantes da Fundação (no caso da Divisão de Ciências Médicas), seja intencionalmente, escolhendo as linhas de força da política daquela instituição, ou por partilharem, de facto o mesmo leque de referências e modelos, o que não seria de estranhar, dada a internacionalização das práticas da ciência médica e da saúde pública. O próprio O'Brien dizia que os responsáveis pela investigação na JEN defendiam um programa «em muitos aspectos paralelo ao das Ciências Médicas da FR».²¹ Assim, na sua avaliação das condições de ensino da medicina em Portugal apresentadas a O'Brien, os médicos portugueses – sendo Celestino da Costa o único directamente nomeado – realçavam os aspectos mais valorizados pela FR: a formação de investigadores, a necessidade de conseguir o trabalho de investigação e ensino em tempo integral, os recursos materiais e técnicos, a organização e funcionamento das instituições, a importância da constituição de departamentos modelo ou de uma universidade modelo:

¹⁹ Daniel P. O'Brien, M.D., «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, p. 158, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

²⁰ Daniel P. O'Brien, «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, p. 155, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

²¹ Daniel P. O'Brien, «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, p. 157, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

[...] o essencial é ter homens capazes de proceder com o trabalho científico e que tenham os meios materiais para se dedicarem inteiramente à investigação e também, eventualmente, ao ensino. Agora, no presente, não só há a necessidade urgente de espaço adequado para um laboratório de investigação, como aqueles que se dedicam à investigação são muito mal pagos. A menos que tenha meios próprios, o corpo docente das universidades portuguesas não pode viver dos seus salários baixos e é obrigado a aceitar, como complemento, outras funções mais lucrativas que, naturalmente, os mantêm afastados do seu trabalho científico.²²

Combinando as suas observações com estas informações prestadas pelos médicos portugueses, O’Brien apresentava as suas críticas, impressões e recomendações, defendendo a colaboração com Portugal:

Está claro que um argumento a favor da cooperação com base no nosso maior interesse actual no progresso do conhecimento não seria razoável se se tratasse de um programa envolvendo grandes ajudas. Contudo, com as indicações presentes, demonstrando que a expectativa de desenvolvimentos futuros é razoável, eu não hesitaria em recomendar uma cooperação mínima da FR, nomeadamente bolsas ocasionais a departamentos pré-clínicos, com ajuda aos bolseiros no seu regresso e ocasionais financiamentos para investigação. Tal acção teria, estou certo, grande significado sobretudo pelo efeito moral, estimulando as autoridades locais a construir uma faculdade de medicina melhor e a resolver alguns dos problemas mais significativos ligados à saúde pública.²³

O’Brien chamava ainda a atenção para «os desenvolvimentos agora em curso em Lisboa», que pareciam propícios para formalizar a cooperação com o Estado português, bem como para outros factores de interesse, na lógica expansionista e de divulgação dos modelos de investigação e acção para a saúde pública defendidos pela FR, tais como «[...] o facto de Portugal estar em quarto lugar no mundo, do ponto de vista da extensão das suas colónias: existe grande interesse em Lisboa na relação da medicina e da higiene com o desenvolvimento das suas colónias».²⁴ Se por detrás destas apreciações existiam motivações economicistas, tendo em vista as potencialidades territoriais e de recursos das colónias portuguesas, estas não são evidentes; nas breves referências aos territórios coloniais portugueses, apenas perpassa o interesse na possibilidade de estender directa ou indirectamente (por intermédio dos seus bolseiros e das instituições nacionais financiadas pela

²² Anónimo citado em Daniel P. O’Brien, «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, p. 150, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

²³ Daniel P. O’Brien, «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, p. 156, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

²⁴ Daniel P. O’Brien, M.D., «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, p. 159, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Fundação) o modelo defendido pela FR a cada vez maior número de territórios, acrescentando à rede internacional de trocas de conhecimentos que procuravam construir, com base nos seus modelos de desenvolvimento científico e na ideologia de um mundo estável e empenhado no progresso, por força da internacionalização das práticas científicas e da cooperação entre as elites científicas.

Apensas ao relatório de O'Brien encontram-se passagens do diário de George K. Strode, director assistente da IHD em 1929 e que neste ano dirigia o gabinete da IHD em Paris. Strode relata as impressões de Geraldo de Paula Souza,²⁵ sanitarista brasileiro, sobre o ensino e a investigação médicas em Portugal, bem como sobre a organização da assistência em saúde pública. Paula Souza viajara por Portugal, Espanha e Norte de África e encontrara-se em Paris com Strode, a quem relatara as suas observações. Comenta o estado geral de saúde e a qualidade de vida da população, a investigação e o ensino da medicina, a qualidade e potencialidades dos investigadores portugueses e até a situação política e financeira do país. Os seus critérios, os aspectos contemplados e as considerações tecidas denotam claramente a influência dos modelos e princípios preconizados pela IHD, numa cumplicidade de referentes e estilo característica dos bolseiros da FR.

Paula Souza considerava que a higiene era praticamente inexistente em Portugal e que a saúde pública precisava de muito trabalho, pois não havia «nenhum verdadeiro trabalho de prevenção» em curso. Em contraste com os discursos laudatórios sobre Ricardo Jorge, dominantes na literatura médica portuguesa da primeira metade do século XX, Paula Souza dirigia algumas críticas ao ex-director-geral de saúde. Embora lhe reconhecesse grande erudição e influência, pela sua ligação ao CHSDN, considerava que Ricardo Jorge não conseguira quase nada em matéria de saúde pública, enquanto director-geral de saúde. Para além disso, perdia-se em críticas à situação política e em queixas sobre a impossibilidade de realizar qualquer trabalho, em vez de procurar exercer a sua inegável influência junto do governo. Souza acreditava que esta situação podia ser mudada se fosse dada oportunidade a «alguns jovens promissores» que poderiam receber formação em saúde pública. Quanto ao novo director-geral de saúde, José Alberto Faria, não lhe reconhecia grandes qualidades nem depositava grande confiança na sua capacidade de mudar o estado das coisas pois «não [tinha]

²⁵ Geraldo Horácio de Paula Souza fora um dos principais impulsionadores da cooperação (iniciada em 1917) entre o International Health Board da FR e a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, para a criação de um departamento de higiene nesta faculdade. Paula Souza foi bolseiro da IHB na Johns Hopkins School of Hygiene, em 1920, tendo depois assumido o lugar de assistente de um dos representantes da divisão que então dirigia o departamento de higiene. Souza foi ainda o principal mentor do Instituto de Higiene de São Paulo, formalmente criado em 1924 que iniciou o seu funcionamento em 1925 (Farley 2004).

formação prévia» em saúde pública. Este comentário de Paula Souza sugere a necessidade de introduzir médicos formados segundo os métodos da FR – mais do que angariar aliados entre os elementos proeminentes da classe médica, de modo a reforçar as propostas da Fundação – que disseminariam os seus princípios, formando novos médicos, enfermeiras, etc., manteriam as instituições financiadas pela Fundação e assumiriam o papel de guias para a reforma da saúde estatal. Podemos apenas especular sobre o potencial de conflitualidade, no seio da classe médica, que esta estratégia albergaria, tal como é referido para outros contextos nacionais; por exemplo, o do México (ver Birn 2006).

Quanto às faculdades de medicina, apenas a do Porto lhe parecia ser «um bom centro no qual trabalhar para a melhoria da educação médica em Portugal». A faculdade de medicina de Lisboa parecia-lhe razoável, mas o Instituto de Higiene resumia-se a «quase nada»; quanto à faculdade de medicina de Coimbra, considerava-a muito fraca.

As fontes consultadas não permitem compreender em que circunstâncias o sanitarista brasileiro apresenta as suas impressões a George Strobe, se apenas como interlocutor privilegiado pela sua ligação de anos com a FR, se porque lhe fora solicitada colaboração especificamente nesta matéria. De qualquer forma, as impressões de Paula Souza foram consideradas relevantes por Strobe e os excertos do diário onde estas impressões são mencionadas estão anexados ao relatório de O’Brien sobre o ensino da medicina em Portugal. Por conseguinte, directa ou indirectamente, a IHD mantinha-se atenta e informada sobre os desenvolvimentos dos serviços de saúde e do ensino da medicina em Portugal; mantinha assim, aparentemente, uma avaliação constante das condições do país, no sentido de ponderar o alargamento da colaboração da FR para além do subsídio para a aquisição de periódicos médicos, ao mesmo tempo que procurava possíveis aliados ou interlocutores locais que facilitassem essa cooperação.

A esta efervescência de contactos com a FR junta-se ainda uma resposta muito breve e tardia de H. L. Salazar, do Instituto de Histologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a uma carta de F. W. O’Conner, director assistente da FR, que lhe pedira informações sobre o funcionamento do Instituto e a sua produção científica em finais de 1927. Salazar procurava justificar a demora na resposta (com data de 29 de Outubro de 1931) à carta de O’Conner, dizendo que estivera ausente por doença e «em segundo lugar, porque o equipamento deste Instituto infelizmente existe só em plano. Trabalho com a minha equipa num pequeno laboratório com grandes dificuldades. / Em Portugal, o Estado criou ‘Institutos’ para investigação, mas não lhes deu equipamento, pessoal ou fundos. Não temos verbas da

faculdade aqui no Porto nem em Lisboa. /[...] Como não posso responder ao seu questionário pelas razões apresentadas acima, peço-lhe permissão para lhe enviar alguns trabalhos deste ‘pseudo’ instituto».²⁶

O ano de 1931 parece constituir um momento de intensificação nas iniciativas em prol da relação do Estado português com a FR. Esta tendência inscrevia-se na lógica das transformações que então sofria o país, em matéria de gestão financeira e de organização institucional. O próprio director-geral de saúde, Alberto de Faria, contextualizava a marcha da organização, funcionamento e financiamento dos serviços e instituições ligados à saúde pública, bem como da legislação e regulamentação nacionais nesta área, na conjuntura político-económica da época.²⁷ Faria procurara implementar as reformas de saúde pública preconizadas pela lei de Outubro de 1926 que estabelecia, entre outros pontos visando a reforma da saúde pública em Portugal e tentando tirar partido das intenções do novo governo, a atribuição de crédito avultado aos serviços de saúde; mas quando tomou posse, não tinha já ilusões quanto às dotações do Estado para o serviço de saúde.

Entretanto, no seguimento do fracasso das negociações para obtenção de um crédito, pedido pelo governo português à banca inglesa (Março de 1928), para a regularização das finanças nacionais (ver Ramos 1994, 631, 632), António de Oliveira Salazar fora mais uma vez chamado a assumir a pasta das finanças (1928), tendo procedido a uma política de contenção orçamental que lançou por terra qualquer possibilidade de conceder crédito quase ilimitado ao serviço de saúde. Assim, Faria viu-se na necessidade de recorrer a formas alternativas de financiamento, procurando levar avante as transformações pretendidas no âmbito dos serviços de saúde e da saúde pública, que se queria cada vez mais preventiva. E foi, talvez, na perseguição deste objectivo que recorreu à cooperação com a IHD.

Em 1929, instalara-se em Lisboa o Parque Sanitário, como centro de coordenação da acção sanitária na cidade. No início desse ano, abrira também o Dispensário de Higiene Social de Lisboa, criado por decreto de Outubro de 1927, conjuntamente com o Dispensário de Higiene Social do Porto e os postos de protecção à infância de Lisboa e Porto. Estas inaugurações, demoradas e parciais (uma vez que apenas o dispensário de Lisboa é mencionado como estando parcialmente funcional, juntamente com o Parque Sanitário), foram anunciadas em discurso laudatório e reverente ante a autoridade do Presidente da

²⁶ Salazar para O’Conner, 29 de Outubro, 1931, pasta 523, caixa 64, série 767, RG 2-1931, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

²⁷ José Alberto de Faria, «[...] notes on the evolution of the sanitary service in Portugal», 9 de Abril, 1940, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

República, General Carmona, pelo director-geral de saúde. Faria considerava que as obras inauguradas eram um avanço no sentido de colmatar a lacuna deixada pela República, que fizera «obra de assistência, mas esquece[ra] completamente a higiene!» (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1929, 7). No entanto, estes serviços cingiam-se a Lisboa, com previsão de abertura breve do dispensário do Porto; apesar do tom optimista de Faria, que previa a expansão dos benefícios sanitários representados pelos dispensários de higiene social «às mais escondidas freguesias e aos mais inacessíveis povoados», incutindo a acção higienista «no sentimento das necessidades populares e enraizando-a nos próprios e verdadeiros princípios da educação da gente portuguesa» (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1929, 3).

Se nos debruçarmos sobre trabalhos como o de Fernando da Silva Correia (Correia 1938) e o de Faria (1934), ficaremos com a impressão de que o país pululava de iniciativas relacionadas com a saúde pública e a medicina social, nos seus múltiplos aspectos (higiene industrial, higiene oral, saúde escolar, casamento, saúde mental; para além das costumeiras tuberculose, doenças venéreas e saúde materno-infantil), sendo de assinalar a realização, em 1931, da I Semana Portuguesa de Higiene, em Lisboa. Contudo, a ambição de saneamento nacional, aparentemente bem acolhida pelo novo regime político saído do golpe militar de 28 de Maio de 1926, não passava, na realidade, de Lisboa ou, eventualmente, do Porto e o seu futuro era incerto, como levam a crer os comentários que pontuam o discurso do director-geral de saúde, em 1929. Faria notava que a obra do Parque Sanitário fora completada apenas com o financiamento atribuído à DGS pelo Estado, complementada pela venda de sucata e leilões de materiais inúteis. Sobre os trabalhos a realizar pelo Parque Sanitário e pelo dispensário, vaticinava que estes «Valerão aquilo que os Poderes do Estado e o povo queiram que eles valham» (Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde 1929, 3).

O discurso de Faria revela-se muito próximo do ímpeto higienista de final do século XIX (ver Pereira e Pita 1993), mas também muito próximo dos objectivos preconizados pela IHD para a saúde pública, sugerindo que os modelos da FR nesta área não constituíam uma originalidade ou uma imposição em relação aos países receptores; a originalidade da IHD residia nos métodos organizativos e nas estratégias hierárquicas e centradas no topo das hierarquias (formação de uma elite científica e técnica, criação de instituições modelares) preconizadas para a implantação dos modelos de saúde pública que defendia. No caso português, como provavelmente em muitos outros, o apelo à FR resultava da dificuldade encontrada pelos médicos em concretizarem os princípios higienistas que defendiam – em

prol dos seus interesses profissionais e de carreira mas também por convicção ideológica e científica – e que consideravam fundamentais à administração e desenvolvimento do país.

A documentação recolhida no Rockefeller Archive Center permite pensar que o interesse pela cooperação com a FR residia quase exclusivamente na classe médica portuguesa ou, pelo menos em alguns médicos ligados à investigação e ensino da medicina ou à saúde pública. Os médicos reconheciam nessa cooperação sobretudo o potencial de obter financiamento para os seus projectos e centros de estudo, bem como a possibilidade de integrarem redes internacionais de conhecimento científico e especialização, através das bolsas e *grant-in-aid*, reforçando o seu «capital de conhecimento». Estes recursos constituiriam uma mais-valia capaz de lhes garantir lugares de liderança na organização dos serviços de saúde e nas instituições de investigação e ensino da medicina em Portugal. Por outro lado, o desenvolvimento do serviço de saúde garantiria não só a afirmação social e política da ciência e classe médicas, através da higiene e saúde públicas, mas também a multiplicação de saídas profissionais para médicos e outros técnicos sanitários. Ou seja, apesar das condições impostas pela FR à sua cooperação com as instituições dos diversos países com os quais estabelecera ligações, implicando à partida o comprometimento dos governos locais no financiamento parcial e crescente dos projectos em causa, os médicos portugueses viam na FR uma fonte de financiamento alternativa a um Estado em crise financeira crónica, mais do que um estímulo ao investimento do governo português em programas de saúde pública ou na estruturação de um serviço de saúde à escala nacional. Assim, apesar dos vaticínios optimistas e dos apelos à autoridade do Estado para reforçar o potencial dos médicos sanitaristas, Faria decidiu solicitar ao Governo permissão para encetar contactos com a FR, no sentido de estabelecer uma cooperação no âmbito da saúde pública.

Foi em 1931 que Alberto de Faria «convid[ou] o Departamento Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller a colaborar com os nossos Serviços de Saúde» (Nogueira 1938, 1). Este convite surgiu num momento em que Faria considerava ter desenvolvido suficientemente o seu «plano de trabalho para o progresso da saúde pública em Portugal de acordo com as normas internacionais e seguindo planos que iam ao encontro dos sancionados pela Fundação Rockefeller»,²⁸ justificando o interesse e investimento da FR. Este contacto acontecia por intermédio de Celestino da Costa, que alertara o director-geral de saúde para a presença de O'Brien em Portugal, e dele resultou o agendamento de «um encontro meu [Alberto de Faria],

²⁸ Strode para Russell, 18 de Agosto, 1931, Anexo 1 «Official letter from Dr. José Alberto de Faria, General Director of Public Health, requesting R.F. cooperation», p. 1, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

em Paris, com o Dr. George Strode, representante da Fundação na Europa para a secção de saúde pública, em Maio de 1931 (Faria 1934, 301).

É o próprio Faria quem, em 1934, relata a sua intenção de longa data, de conseguir a cooperação da FR. Faria revela o seu «anseio de sanitarista» que o levava a aspirar «levar Portugal ao direito a ao proveito de um subsídio concedido por tal instituição [FR]» (Faria 1934, 300), desde a sua nomeação como director-geral de saúde. Nesse «anseio», orientara as iniciativas da DGS no sentido de dar resposta às «necessidades sanitárias, em primeiro lugar» mas «procurando sempre adaptá-las às regras que internacionalmente foram para elas ditadas e portanto abrindo, por isso, ensejo de tornar a nossa sanidade em candidata ao auxílio da The Rockefeller Foundation» (Faria 1934, 300). Com este objectivo em mente, e com o «patrocínio elevado» do ministro das finanças, António de Oliveira Salazar, para o seu plano de conseguir a colaboração da FR, após o arranque do dispensário de higiene social e dos postos de protecção à infância, foi «estudar a Espanha a possibilidade de, por analogia das condições olhadas para êsse país, poder ser-nos reconhecida essa candidatura» (Faria 1934, 301).

Assim, nos documentos que entregou pessoalmente a Strode, em Paris, Faria solicitava que o trabalho da DGS fosse avaliado pelos directores da FR, «para que vissem se há alguma possibilidade que a Direcção-Geral de Saúde possa ter ajuda de modo a que os serviços possam ser melhorados e alargados». Reforçando a legitimidade do seu pedido, evocava a internacionalização das questões de saúde pública dizendo que «sabemos bem que a acção favorável em matéria de higiene pública não é apenas uma vantagem para o país em si mas tem influência no progresso da higiene internacional».²⁹ Mais uma vez se verificava um esforço de aproximação do discurso aos modelos e prioridades da IHD no seu programa de acção em saúde pública e, ao mesmo tempo, uma certa promiscuidade entre o programa da FR e as propostas do CHSDN para a saúde internacional, que alguns historiadores atribuem à crescente influência da Fundação naquele organismo internacional. Faria aproveitava ou cedia às pressões do momento internacional, pois em 1931 realizou-se o congresso da OHSDN sobre saúde rural (Société des Nations - Organisation d'Hygiène 1931), defendendo a implementação, em cada país, de um modelo em tudo semelhante ao que vinha a ser promovido pela FR nos EUA, desde os anos dez do século XX, como atrás se referiu. A conjuntura internacional impelia à constituição de serviços de saúde com cobertura nacional.

²⁹ Strode para Russell, 18 de Agosto, 1931, Anexo 1 «Official letter from Dr. José Alberto de Faria, General Director of Public Health, requesting R.F. cooperation», p. 1, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Na sua exposição de candidatura à cooperação com a FR, Faria destacava as áreas em que maiores progressos haviam sido conseguidos, nomeadamente com a atribuição de verbas específicas por parte do governo: parque sanitário, departamento de higiene social, posto de protecção à infância, acção antimalárica. Dentro deste cenário, pedia à FR «um subsídio para a Direcção-Geral de Saúde em Portugal».³⁰ Junto com o seu pedido, enviava uma descrição da organização dos serviços de saúde pública e um relatório das duas semanas de funcionamento da Estação Experimental de Combate ao Sezonismo (EECS).

A resposta de Strode ao pedido de Faria foi cautelosa, dando conta das transformações na orientação dos programas da Fundação:

[...] deram-se algumas mudanças no programa da Fundação Rockefeller, nos últimos dois anos. Damos agora mais atenção à investigação do que à aplicação do conhecimento. Mais, a Fundação pretende que as suas actividades se desenvolvam intensivamente mais do que extensivamente. Tudo isto significa que é agora mais difícil conseguir aprovação para colaboração com um novo país do que era há alguns anos atrás. Menciono tudo isto para evitar optimismo excessivo.³¹

Deixava também claro que qualquer colaboração seria modesta, incidindo particularmente na atribuição de bolsas para aperfeiçoamento de conhecimentos nos modernos princípios de higiene e na especialização em áreas relevantes para a melhoria dos serviços de saúde pública. A atribuição de bolsas visava «o funcionamento eficiente de um serviço de saúde organizado em bases modernas» que implicava cargos de direcção atribuídos a pessoal especializado em higiene, quadro de pessoal trabalhando a tempo integral e salários que permitissem essa disponibilidade de dedicação exclusiva. Estas condições deveriam ser garantidas pelos governos dos países que solicitavam a colaboração da FR.³²

³⁰ Strode para Russell, 18 de Agosto, 1931, Anexo 1 «Official letter from Dr. José Alberto de Faria, General Director of Public Health, requesting R.F. cooperation», p. 3, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

³¹ Strode para Russell, 18 de Agosto, 1931, Anexo 2, George K. Strode, «Translation of letter written to Dr. José Alberto de Faria», p. 3, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

³² Strode para Russell, 18 de Agosto, 1931, Anexo 2, George K. Strode, «Translation of letter written to Dr. José Alberto de Faria», pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

3. Bolseiros portugueses da Fundação Rockefeller nas áreas da saúde pública e ciências médicas

	Nome	Área de especialização	Local onde estudou	Divisão que atribui a bolsa
1932-1933	João Avelar Maia de Loureiro	Biofísica	França	Ciências Médicas
1933	Pedro Manuel de Almeida Lima	Cirurgia	Inglaterra	Ciências Médicas
1933-1934	Angelo Caldeira Prazeres	Engenharia Sanitária	EUA	IHD
1933-1935	Carlos Horácio Gomes d'Oliveira	Administração em saúde pública	EUA	IHD
1934	A. P. Celestino da Costa	Patologia e Anatomia	Inglaterra	Ciências Médicas
1934-1935	Fernando Nunes da Silva Araújo	Administração em saúde pública	EUA	IHD
1934-1935	Silvério Ferreira Gomes da Costa	Fisiologia	Alemanha	Ciências Médicas
1934-1935	José Afonso Dias Guimarães	Fisiologia	Inglaterra	Ciências Médicas
1934-1935	António de Sousa Pereira	Anatomia	França	Ciências Médicas
1935-1936	João Rafael Moraes	Administração em saúde pública	EUA	IHD
1936	Silvério Ferreira Gomes da Costa	Fisiologia	Alemanha	Ciências Médicas
1936-1937	Jaime Gonçalves Pereira	Engenharia Sanitária	EUA	IHD
1936-1938	João Avelar Maia de Loureiro	Higiene e Medicina Preventiva	EUA	Ciências Médicas
1936-1939	Fernando Henriques Ferreira	Psiquiatria e Psicologia	Inglaterra	Ciências Médicas
1937-1938	Francisco José Carrasqueiro Cambournac	Administração em saúde pública	Inglaterra	IHD

Fonte: The Rockefeller Foundation, *The Rockefeller Foundation Directory of Fellowship Awards (1917-1950)*, 1950.

A colaboração dependeria ainda da realização de um inquérito ao funcionamento dos serviços de saúde, que veio a realizar-se em 1932. Para a condução do inquérito foram enviados a Portugal o responsável pelo gabinete da IHD em Paris, George K. Strode, e o representante desta divisão em Espanha, Rolla B. Hill. Desta visita resultou um relatório³³ que

³³ George K. Strode, Rolla B. Hill, «A Review of Public Health in Portugal», Julho de 1932, pasta 3, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

se debruça largamente sobre a organização da assistência na saúde – estrutura, instituições, pessoal, financiamento.

Quer no pedido de Faria quer no inquérito da FR a malária teve um lugar de destaque pela novidade da organização, em Portugal, do que deveria vir a ser um serviço especialmente dedicado ao seu controlo, primeiro esboço de alargamento do serviço de saúde às zonas rurais. Mas também porque esta era a única das doenças a que a IHD dedicava maior atenção (ancilostomíase, febre-amarela e malária) com prevalência significativa – segundo as concepções médicas nacionais – em Portugal. A estação de Benavente e os SAS embrionários podem ser percebidos como uma espécie de símbolo das transformações e avanços na estrutura dos serviços de saúde e da saúde pública em Portugal, que era importante realçar internamente, no sentido de estimular e interessar o governo pelas questões de administração sanitária, por referência ao contexto internacional. Eram também elementos de organização e acção em saúde pública que se aproximavam dos princípios defendidos pela FR, apelando ao interesse e consideração desta instituição, dada a centralidade que a malária adquirira nas intervenções da IHD em vários pontos do globo e especificamente na Europa (particularmente em Itália; Farley 2004). Assim, Faria anexara ao pedido dirigido à Fundação um relatório da Estação de Benavente, não merecendo os outros serviços qualquer relatório em separado (presumivelmente porque não gozavam da autonomia que a Estação tinha dentro da DGS).³⁴ Por seu lado, a IHD chamou Hill (envolvido na criação e direcção de uma estação para o estudo da malária em Cáceres, Espanha), para acompanhar Strobe na visita a Portugal, cabendo-lhe a redacção da parte do relatório que se refere ao funcionamento da EECS. Faria tomou conhecimento do parecer de Rolla Hill ainda antes de receber o relatório final da visita, sendo convidado por este para conhecer as «instalações sanitárias de Cáceres» (Faria 1934).

A visita realizou-se, colocando Faria em contacto directo com os médicos espanhóis e a organização e estratégias adoptadas para o controlo e estudo da malária naquela província espanhola. Estas actividades estavam estreitamente ligadas com a organização da saúde rural em Espanha, que mereceu também a atenção do director-geral de saúde português. Faria descreve a organização e funcionamento destes serviços, referindo-se à actividade dos «centros sanitários» e às competências dos médicos (Faria 1936). Por conseguinte, a malária não seria o único objecto de interesse na visita a Espanha. Para além da dimensão pedagógica

³⁴ A assistência aos tuberculosos existia também como um corpo autónomo e exclusivamente dedicado a uma doença específica, desde 1902. Contudo, não estava sob a alçada da Direcção-Geral de Saúde mas sim da Direcção-Geral da Assistência. Para além disso, a tuberculose não estava contemplada nas parcerias da IHD, excepção feita ao caso francês, já referido (cf. Farley 2004).

e eventualmente demonstrativa dos moldes em que poderia vir a realizar-se a colaboração da FR com a DGS, em Portugal, as fontes documentais não permitem compreender se estes contactos resultaram em trocas e cooperação continuada entre Espanha e Portugal. Só nos anos 50 do século XX se formaliza a colaboração entre os dois países no sentido do controlo da malária e das zoonoses (ver cap. 3), o que não impediu que até lá tivesse existido colaboração não oficial, com base nas relações entre médicos ou instituições.³⁵

As incursões da FR em Portugal, bem como a narrativa do director-geral de saúde Alberto Faria sobre o estabelecimento de relações com a IHD denotam uma preocupação maior com as estruturas para a educação e assistência em saúde pública do que com a avaliação epidemiológica. Na verdade, a orientação demonstrativa dos programas da IHD não visava a redução da morbilidade nem da mortalidade (ver Birn 2006, 25); antes, as suas acções pretendiam apresentar estratégias eficazes para o desenvolvimento de programas alargados de saúde pública, a organizar pelos governos nacionais, que resultariam, estes sim, na redução das taxas de morbilidade e mortalidade. Assim, a efectivação da colaboração entre IHD e DGS acabaria por se fazer segundo o modelo dominante do controlo de uma doença específica – no caso, a malária:

A malária parece ser um problema sério em muitas localidades mas, no geral, as regiões infectadas estão circunscritas o que tende a tornar as medidas de controlo relativamente fáceis. Acreditamos que poderíamos ajudar grandemente na direcção e orientação do trabalho, dando apoio numa demonstração de controlo durante um curto período. O director-geral de saúde espera criar uma escola de malariologia este ano [1934] e estabeleceria, em relação com esta, alguns estudos de malária em pontos estratégicos, para treinar médicos municipais e para demonstração. Expressou o desejo de que nós tomássemos parte na demonstração experimental. O princípio do trabalho a tempo integral foi aceite, o que tornaria a cooperação muito mais significativa.³⁶

A malária enquadrava-se, então, nessa estratégia demonstrativa, uma vez que se dominava os meios técnicos para a controlar, acreditando-se, por isso, na obtenção de

³⁵ Em 1937, Manuel Tapia, um médico espanhol, esteve a trabalhar na estação de Águas de Moura (talvez em consequência da guerra civil de Espanha), durante a ausência de Francisco Cambournac, que se encontrava na London School of Hygiene and Tropical Medicine com bolsa da IHD (Hill para Collado, 28 de Outubro, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA). Rolla Hill, que então dirigia a estação de Águas de Moura, mantinha contacto com os malariologistas espanhóis, como mostra um pequeno conjunto de correspondência trocada entre Hill e Juan Gil Collado, desde Março de 1937 até Novembro de 1938, no decurso da qual Hill oferece um lugar a Collado na estação de Águas de Moura (Hill para Collado, 17 de Março, 1937 e 8 de Novembro, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA).

³⁶ «Program for 1934 – Malaria (continued)», 28 de Outubro, 1933, 33246, pasta 17, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

resultados convincentes num curto espaço de tempo, servindo de demonstração da boa organização e boas práticas em saúde pública (ver Birn 2006, 250).

A cooperação na área da investigação e controlo da malária funcionaria como porta de entrada para a cooperação com o governo português em vários sectores da formação e organização da assistência, na área da saúde pública. Por conseguinte, o problema da malária não seria o alvo exclusivo da IHD em Portugal. O próprio Rolla Hill viria a dizer, anos depois de iniciada a cooperação com a DGS e já perto da retirada da IHD de Portugal, que «sempre se tivera em vista que em algum momento as estações de malária em Portugal se transformariam, gradualmente, em centros de saúde generalizados, tal como se tem feito em Espanha e outros lugares».³⁷ Note-se também que, em 1936, Faria foi convidado pela FR «para uma viagem de estudo das organizações sanitárias, e particularmente dos institutos de higiene e formações de higiene rural, na Polónia, Áustria, Hungria e Jugo-Eslávia» (Faria 1936, 3); a propósito desta viagem, o director-geral de saúde reflectiu sobre as possibilidades de ensino da saúde pública e organização de centros de saúde rural em Portugal.

No entanto, em 1933, a realização do inquérito sobre a malária (ver cap. 3) foi a única resolução da direcção da FR dirigida a um aspecto particular da saúde pública em Portugal, partindo do relatório de Strode e Hill.³⁸ Na sequência do pedido de Faria, ainda em 1931, a direcção da FR aprovara a cooperação com o governo português, autorizando o director da IHD a «atribuir um número limitado de bolsas a funcionários ou candidatos portugueses a lugares do departamento de saúde».³⁹ O programa aprovado para a colaboração mantinha a atribuição de bolsas (em Dezembro de 1932 apenas uma havia sido atribuída a um engenheiro sanitário) e acrescentava o inquérito sobre a malária, para o qual era atribuída uma verba de \$2000, deixando ainda em aberto a possibilidade de redefinir os limites da cooperação com o governo português.⁴⁰

Ao escolher a questão da malária como porta de entrada para a organização da saúde pública em Portugal, a IHD revelava mais uma vez a sua fidelidade a um modelo de acção pré-estabelecido, à revelia das condições locais. O inquérito de Strode e Hill, tal como os inquéritos atrás mencionados, sobre as instituições de ensino médico em Portugal, fora

³⁷ Hill para Faria, 2 de Fevereiro, 1940, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

³⁸ «Portugal – Program for Co-operation», pasta 17, caixa 2 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

³⁹ «Portugal – Proposal for Co-operation», p. 31303, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁰ «Portugal – Program for Co-operation», pasta 17, caixa 2 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

realizado num curto espaço de tempo, em ritmo de visita de estudo, o que dificilmente permitiria ter uma noção clara da realidade portuguesa em matéria de morbilidade, epidemiologia, serviços de saúde e condições socioeconómicas. A restante informação era recolhida da conversa com os médicos, sendo informadores privilegiados aqueles que acompanharam Strobe e Hill no seu périplo (Alberto de Faria e Manuel Vasconcelos). Mais, segundo os critérios e regras da saúde pública, baseada em avaliações quantitativas, as estatísticas de morbilidade em Portugal continuavam a não ser fidedignas, quanto mais não fosse pela inexistência de uma rede de assistência médica administrada pelo Estado que garantisse a cobertura de todo o território nacional e a recolha de dados sobre a incidência da doença; assim, a informação a que os representantes da IHD tinham acesso seria limitada. De qualquer modo, a malária não era certamente uma das doenças mais preocupantes quer do ponto de vista médico, quer do ponto de vista das populações. O comentário de Hill, no seu relatório sobre a visita à EECS, em 1932, denota o desconhecimento sobre o impacto da malária na saúde pública em Portugal: «É evidente que a malária epidémica é significativa nesta região [Benavente] embora talvez não haja tanta como um reconhecimento casual do terreno possa indicar. Há também outras regiões maláricas no país, parecendo indicada alguma actividade relacionada com a malária por parte da Direcção Geral de Saúde».⁴¹

Apesar dos dados revelados no relatório de Strobe e Hill sobre o problema da tuberculose e da mortalidade infantil em Portugal, este conhecimento parecia, de facto, secundário para os propósitos da FR que se prendiam com questões organizativas e estruturais; mas evidenciavam também a manutenção do princípio de escolher as acções atendendo aos meios existentes para «corrigir o problema» (Birn e Solórzano 1999). Excepção feita ao caso de França, depois da I guerra mundial, a FR sempre evitara envolver-se com a tuberculose por se tratar de um problema de saúde profundamente enraizado em questões sociais de solução complexa e estrutural – dimensão que os investigadores da IHD sempre evitaram valorizar, não a negando –, para a qual «não havia uma ‘magic bullet’, nenhuma cura para além de boa alimentação e sol, e nenhum ponto fraco aparente que pudesse ser atacado por pesticidas e larvicidas» (Farley 2004, 44). Assim, «o controlo da tuberculose não poderia ser pior exemplo para uma agência ansiosa por convencer rapidamente, economicamente e por meios técnicos, os agentes oficiais e o público, do valor dos trabalhos de saúde pública» (Birn 2006, 251). Por outro lado, e como se disse, a

⁴¹ George K. Strobe, Rolla B. Hill, «A Review of Public Health in Portugal», Julho de 1932, p. 73, pasta 3, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

assistência aos tuberculosos em Portugal não estava sob a alçada da DGS mas sim da Assistência.

Quanto à saúde materno-infantil, se ganhara já foros de prioridade na orientação profilática da saúde pública em Portugal, tal como a tuberculose, era sobretudo na higiene e na nutrição que se procurava dar resposta ao problema das doenças causa de morte do maior número de crianças: as diarreias e as doenças respiratórias. Mais uma vez, esta questão prendia-se com problemas sociais como a pobreza e a iliteracia, não existindo recursos técnicos ou terapêuticos para lhe dar resposta. Neste capítulo, a acção da FR poderia fazer-se sentir na linha do seu modelo de formação de técnicos que funcionariam como agentes para a formação de outros técnicos e organização de serviços modelares; assim, no caso da saúde materno-infantil, a colaboração da FR podia e fez-se sentir ao nível da formação de enfermeiras de saúde pública e visitadoras e na instalação do centro de saúde de Lisboa. Por outro lado, há também que considerar que a FR se preocupou com a expansão dos serviços de saúde às zonas rurais, constituindo doenças como a malária uma porta de entrada mais adequada a essas áreas do que a tuberculose, doença supostamente mais visível nas cidades.

A IHD empenhava-se no desenvolvimento de programas circunscritos no objecto, no espaço geográfico e no tempo, funcionando como demonstração organizativa e prática a estender e sustentar pelos governos com quem cooperava. Mas nos memorandos dos representantes da IHD em Portugal – Rolla Hill e John Janney – e no relatório de Strode e Hill percebe-se que estes técnicos estavam conscientes do peso que a tuberculose e a mortalidade infantil tinham no computo geral da mortalidade em Portugal, considerando fundamental desenvolver um programa de saúde que contemplasse estes problemas; no entanto, como se disse, esse não era o papel imediato e directo das intervenções da FR, devendo antes decorrer do desenvolvimento dessas acções, por iniciativa do governo.

O inquérito sobre a malária (Landeiro e Cambournac s.d.), atrás referido, desencadeou a expansão da cooperação da FR com o governo português, na área do controlo e estudo desta doença em Portugal. Foi como que o cumprimento de uma formalidade legitimadora – segundo as normas da IHD – de uma escolha que estava já feita à partida, em função da metodologia e dos recursos técnicos da divisão de saúde da FR. Ao mesmo tempo, o inquérito ditou o fim do protagonismo que a estação de Benavente parecera destinada a ter na área da investigação malariológica, iniciando-se também o processo de mudança dos protagonistas da investigação e controlo da malária.

O extenso trabalho de Faria intitulado *Administração Sanitária*, publicado em 1934, expressa a sua intenção de manter «na estação experimental de Benavente um centro de estudo epidemiológico e profilático» ao qual se ligaria «o ensino prático da malariologia» (Faria 1934, 69), talvez inspirado no modelo espanhol, que pudera observar de perto. Preconizava a frequência do curso por todos os médicos exercendo funções nos serviços de saúde em regiões maláricas, bem como a adaptação do curso aos interesses e competências dos engenheiros sanitários. A estação de Benavente deveria ser o centro da assistência e investigação da malária «com responsabilidade, do ataque de todos os focos onde um relance epidémico surja ou outras circunstâncias determinem movimento anti-palúdico da parte da Direcção Geral de Saúde» (Faria 1934, 69). Seria, provavelmente, nesta linha que o director-geral de saúde contava com a colaboração da FR.

Contudo, a IHD acabou por promover em Portugal a criação de um centro de estudo da malária que respondia directamente à DGS e, por conseguinte, independente não só da EECS, mas também dos próprios SAS⁴² que começavam a consolidar-se como um serviço específico e com alguma autonomia dentro da DGS. O mesmo sucedera em Espanha, onde Hill criara um dispensário funcionando como estação experimental em Campo Lugar (1931), província de Cáceres (Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b, 154), apesar da existência em pleno funcionamento do Instituto de Navalmoral de la Mata. E talvez as motivações fossem as mesmas, nos dois casos: a necessidade de criar as condições para desenvolver as estratégias e produzir os dados que se enquadravam na metodologia de controlo da malária preconizada pela IHD e a informavam (ver Rodríguez Ocaña, Perdiguero e Ballester Añón 2003b, 154).

Na parte que se refere à estação de Benavente, no relatório de Strode e Hill, bem como nos comentários finais, Hill descreve e avalia o funcionamento da instituição, avançando com apreciações que podem também ser interpretadas como argumentos justificativos da opção pela realocização e criação de novo de uma instituição para o estudo da malária em Portugal. Segundo Hill, a estação de Benavente padecia de «falta de pessoal bem treinado e a tempo integral»; o próprio director, Fausto Landeiro, alternava as suas funções com Luís Figueira, precisamente por nenhum dos dois poder estar presente na estação em regime de tempo

⁴² «O Instituto de Malariologia de Águas de Moura foi criado, pela Fundação Rockefeller, para colaborar com os serviços anti-sezonáticos da Direcção-Geral de Saúde. Depois que aquela Fundação se retirou do nosso país, o Instituto ficou ligado à Direcção-Geral de Saúde, mas não foi publicado qualquer diploma para legislação dessa situação de facto» (Ministério do Interior, Subsecretariado de Estado da Assistência Social, «Despacho», 1957, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA).

integral, uma vez que a remuneração não o permitia. Além disso, Hill duvidava que «um curto curso de malariologia [fosse] treino suficiente para o director do que se pretend[ia] que [fosse] o principal centro de malária do país»,⁴³ colocando em causa as capacidades de Landeiro e Figueira como malariologistas, apesar de ambos terem frequentado o curso da OHSDN (ver cap. 3), com a qual a FR colaborava, nomeadamente na especialização de médicos. Segundo o parecer de Hill, os médicos da estação de Benavente, embora «inteligentes» e «ansiosos por serem bem sucedidos», ainda «precisa[vam] da supervisão de pessoas mais experientes»⁴⁴ (leia-se, dos técnicos da IHD). Manifestava também algumas reservas quanto ao método de tratamento da doença, observando que este era «muito mais complicado do que seria necessário e [tinha] a desvantagem de importunar muito os pacientes sem, no entanto, supervisionar a toma dos medicamentos».⁴⁵ Segundo Hill, a estratégia adoptada na estação de Benavente valorizava o tratamento mais do que a prevenção – a mesma observação era também aplicada à organização de todo o serviço de saúde português.

Os comentários finais de Hill sobre a estação de Benavente revelam, para além de um tom marcadamente condescendente em relação à qualidade dos técnicos e do trabalho desenvolvido, os referentes que regiam a avaliação feita pelos técnicos da FR. Os condicionalismos locais eram quase irrelevantes para a apreciação do trabalho desenvolvido (note-se que o relatório se destinava às instâncias directivas da IHD, com funções de planeamento e gestão supostamente transcendentais às especificidades do terreno) e, aparentemente, os cursos da OHSDN não eram favoravelmente considerados pela Fundação. Hill esboçava um cenário propício à intervenção da IHD, aparentemente com o objectivo de supervisionar e orientar o trabalho dos técnicos portugueses. Assim, o relatório de Strode e Hill viria a ser um prelúdio para a criação da Estação para o Estudo do Sezonismo, em Águas de Moura (ver cap. 3).

⁴³ George K. Strode, Rolla B. Hill, «A Review of Public Health in Portugal», Julho de 1932, p. 73, pasta 3, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁴ George K. Strode, Rolla B. Hill, «A Review of Public Health in Portugal», Julho de 1932, p. 75, pasta 3, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁵ George K. Strode, Rolla B. Hill, «A Review of Public Health in Portugal», Julho de 1932, p. 74, pasta 3, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

O envolvimento da FR com o serviço de saúde em Portugal não se restringiu à criação da Estação para Estudo do Sezonismo e depois IM. Como ficou dito atrás, o objectivo era usar a Estação de Águas de Moura como um modelo que influenciaria e determinaria a criação de uma rede de centros e dispensários de saúde por todo o país, segundo o modelo de serviço de saúde preconizado pela Fundação, com assistência a toda a população e técnicos de saúde dos diversos níveis trabalhando a tempo integral. No final da década de 30, os técnicos da IHD faziam contactos com alguns médicos portugueses, no sentido de sondar a possibilidade de estabelecer centros de saúde modelo em Lisboa, no Porto ou em Coimbra, ou mesmo nas três cidades. A FR acabou por financiar o centro de saúde de Lisboa (1939) dirigido por Maia Loureiro, que fora bolseiro da Fundação (ver quadro 3), e a Escola Técnica de Enfermagem (1941) anexa ao Instituto de Oncologia, destinada a formar enfermeiras de saúde pública.⁴⁶ Correspondência trocada entre os representantes da IHD em Portugal e os directores desta secção da FR mostram também que havia outros projectos e intenções relacionados com doenças infecciosas (nomeadamente um estudo sobre a difteria em Lisboa), o arranque de uma rede de centros de saúde rurais, a partir dos postos anti-sezonáticos existentes em várias localidades do país, o estudo da melhoria da saúde infantil e da tuberculose em Portugal. Nenhum destes projectos se concretizaria, por falta de igual empenho da DGS, sempre perseguida por problemas organizativos e orçamentais. Mas, como vimos (cap. 3), os médicos portugueses dos SAS empenharam-se em estender a assistência prestada pelos postos anti-sezonáticos a outros aspectos da saúde das populações que serviam.

Em 1940, John H. Janney substituiu Hill como representante da FR em Lisboa. A direcção do IM passara para Cambournac e a sua propriedade para o governo português (ver cap. 3). A FR continuaria a financiar o Instituto mas não interferia directamente na sua gestão, embora a IHD se mantivesse com funções de consultoria de retaguarda. Assim, os interesses e preocupações de Janney incidiam sobre outros campos da saúde pública que não a malária. Mas as suas considerações sobre a organização e acção dos serviços de saúde em Portugal não eram favoráveis. Em 1940, segundo os padrões e directivas da FR, tudo parecia ainda por fazer:

⁴⁶ «Portugal – Donation of Equipment», 13 de Março, 1942, pasta 2, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

A RGT^[47] e eu visitámos cinco ou seis dos chamados centros de saúde com o Dr. Carvalho Dias. Viagens agradáveis, mas vi pouco que mereça ser aproveitado como trabalho de saúde. [...] A única solução para Portugal, na minha ideia, é o estabelecimento de Serviços de Saúde Distritais, grandes departamentos de saúde rurais, com subcentros nas pequenas povoações. Isto não implicaria a mudança de toda a organização vertical mas descentralizaria a administração e criaria a necessidade de pessoal treinado, funcionando assim como um estímulo para a escola de enfermagem e o Instituto de Higiene. A única maneira de prestar algum serviço a este país é começar por baixo e trabalhar até ao topo [...] Deixemos que desenvolvam o seu programa lentamente; as doenças contagiosas são o grande problema, com a varíola e a tuberculose encimando a lista, embora talvez fosse melhor deixar o trabalho da tuberculose para mais tarde. Depois introduzir a higiene materno-infantil, etc., etc., conforme fosse possível introduzi-los. Isto, admito, é muito teórico, mas acredito que seja o método certo, especialmente num país novo – do ponto de vista do trabalho de saúde pública – onde não sabemos exactamente qual o programa que melhor se ajusta às necessidades. [...] o pessoal [de saúde] deve ser alargado pois é evidente a necessidade de ajuda adicional. Falei sobre isto, de forma esquemática, com várias pessoas interessadas em saúde pública, entre elas o Dr. Faria que não manifestou objecções desde que não envolva tempo integral. Eu disse-lhe que era escusado prosseguir se essa é a sua posição.⁴⁸

Sete anos após o início da colaboração entre a FR e a DGS, o discurso de Janney dava a entender que os esforços da IHD se perdiam na inércia da organização do serviço de saúde e na sua descapitalização crónica; mas sugere também a distância entre os modelos importados de Nova Iorque e a realidade do terreno, em relação à qual parecia haver um desconhecimento embaraçoso ou uma desatenção geradora de expectativas e equívocos.

Apesar de o centro de saúde de Lisboa, a escola de enfermagem e o IM se encontrarem em funcionamento, tendo este último uma intervenção significativa nas estações e postos anti-sazonáticos, cujos técnicos formava, bem como na orientação das linhas de acção dos SAS, a IHD perdia progressivamente confiança na DGS. O próprio director-geral de saúde, interlocutor privilegiado da FR em Portugal, passara a ser visto como um dos obstáculos ao cumprimento das condições consideradas essenciais para o funcionamento de um serviço de saúde à escala nacional, especialmente no que tocava o ponto da dedicação exclusiva.

Desde 1938, as posições de Alberto de Faria pareciam contrariar as expectativas da IHD. O entusiasmo e planos do director-geral de saúde esmoreciam ante os impasses resultantes das dificuldades financeiras e por resistência à dedicação exclusiva dos funcionários ligados ao serviço de saúde. A questão do tempo integral, o principal ponto de

⁴⁷ Trata-se de uma enfermeira que fazia parte da equipa da IHD mas cujo nome completo não foi possível identificar na documentação a que tive acesso.

⁴⁸ Janney para Warren, 9 de Outubro, 1940, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

tensão entre Faria e a IHD, era novamente evocado na apreciação de Janney, ilustrando a dificuldade que os representantes das IHD tinham em compreender as especificidades da cultura médica e científica portuguesa, onde a exclusividade não tinha lugar. A escassez de recursos para a investigação, mas também a exiguidade dos lugares no quadro de saúde e das universidades, bem como as baixas remunerações, haviam criado uma classe médica acostumada ao ecletismo de funções, onde as razões financeiras se combinavam com a necessidade de projecção, visibilidade e expansão de conhecimentos.⁴⁹

A posição de Faria deve ser também tomada em consideração na apreciação dos comentários de Rolla Hill e John Janney sobre a sua atitude. O director-geral de saúde geria vários níveis de interesses – do governo, da administração da saúde, da classe médica, os seus interesses profissionais, os da FR – nem sempre conciliáveis, sobretudo numa conjuntura política, social e económica como era a de Portugal na década de 1930. Em 1935, Alberto de Faria vira-se forçado a dirigir directamente ao presidente do Conselho, António de Oliveira Salazar, uma justificação profusamente documentada, em resultado de uma polémica lançada pelo jornal *Novidades*, no centro da qual estavam vários médicos da DGS e que, entre várias críticas e acusações, colocava em cheque o funcionamento dos SAS; o próprio Faria entrara em conflito com Fausto Landeiro, director destes serviços (ver cap. 3). Nesta conjuntura, Faria procurava aplacar as críticas em relação aos SAS, responsabilizando a conduta de Landeiro, ao mesmo tempo que reafirmava as competências científicas e técnicas dos médicos ligados ao serviço de saúde, reforçando a sua confiança nestes com a afirmação de que os considerava «absolutamente fiéis ao Governo, à situação», não sendo «nenhum deles [...] político» e afirmando «a sua admiração pela figura excelsa do chefe do Governo».⁵⁰ Como se disse no capítulo anterior, o próprio Faria era filiado na União Nacional.⁵¹ Por conseguinte, a sua proximidade ao regime não lhe vinha exclusivamente do cargo que ocupava mas também

⁴⁹ Diz Cueto, a propósito da tensão em torno do tempo integral, no contexto dos países da América Latina: «A maior parte dos investigadores não podia sustentar-se apenas com o trabalho de investigação, as publicações científicas e o ensino na universidade. Para além de trabalharem como investigadores, tinham, muitas vezes, de aceitar cargos administrativos ou trabalhar como jornalistas científicos ou inventores de aparelhos científicos. [...] Nos países pobres, a ciência tinha que competir por recursos escassos, com outras agências estatais. Múltiplos papéis e visibilidade tornavam-se necessários» (Cueto 1994b, 10).

⁵⁰ Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, p. 8, Torre do Tombo (TT)/Arquivo Salazar (AOS)/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319.

⁵¹ De acordo com as seguintes passagens da sua carta para Salazar, atrás citada, argumentando em defesa dos médicos seus subordinados: «Um pudôr de si proprios, dado que foram promovidos por esta situação [política], os impedirá de entrarem em filiação politica e se a mim, *ligado firmemente por tal filiação*, eles viessem declarar-me a sua adesão não sei se a apoiaria [...]»; «Pois então, pouco tempo depois de nomeado para a Junta Consultiva da União Nacional não fui eu acusado em documento dirigido a S. Ex.^a o Ministro de estar a proteger a causa dos democráticos, comunistas [...]» (Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, pp. 9, 10, Torre do Tombo (TT)/Arquivo Salazar (AOS)/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319; ênfase minha).

de aparentes convicções políticas, factores que pesavam necessariamente no alcance das pressões que procurava ou não exercer junto do governo, no sentido de servir os interesses da DGS e os projectos da FR.

Mas, para lá dos motivos e condicionalismos do director-geral de saúde, a linha de acção da IHD, contando com o estabelecimento de institutos e centros de saúde modelares com o objectivo de produzir efeitos que influenciassem e guiassem outras instituições, ao mesmo tempo que estimulariam o investimento estatal num serviço alargado de saúde, servido por técnicos qualificados e suficientemente bem pagos para poderem dedicar-se em exclusividade ao seu trabalho, parecia gorada. Estes princípios base da acção da IHD no terreno ofereciam-se a uma adequação ambígua com a orientação ideológica do governo salazarista, nomeadamente com a definição do Estado português como corporativo. Por um lado, o princípio ideológico do corporativismo deixava espaço à iniciativa das corporações ou outras associações, na área da assistência social, que englobava alguns aspectos da saúde (vd. Pimentel 2000), dando espaço potencial à iniciativa dos indivíduos ou grupos (desde que em prol do todo social) – aspecto valorizado pela FR; por outro, a posição ambígua do governo de Salazar em matéria de intervenção do Estado, o seu papel tutelar (controlador, intervencionista e dirigista) alternando com o seu descomprometimento alegadamente corporativista, representava um obstáculo aos propósitos da FR de conseguir envolvimento e investimento crescente do governo nos projectos de saúde pública. O próprio centralismo na organização dos serviços sanitários, submetendo «todos os serviços e instituições sanitárias [...] ao director geral em linha recta», justificado por Alberto de Faria como «o recurso mais lógico e seguro para salvar das dificuldades de uma quási falha de institutos preparados e de pessoal adextrado para as modernas lides da higiene pública» (Faria 1936, 102, 103), favorecia a burocratização e o condicionamento de iniciativas na área da saúde.

A intrincada relação entre serviços de saúde e assistência, alimentando e sendo alimentada pelas ambiguidades e conveniências do governo em matéria de saúde, complicava também a clareza de competências. É verdade que a saúde não se confundia totalmente com a assistência e que, como se viu, ao Estado competia a gestão de uma rede de serviços médicos, bem como a regulamentação e fiscalização da saúde pública. Mas, na verdade, a saúde surge muitas vezes associada à assistência, em matéria legislativa, ainda que integradas em organismos distintos e com competências diversas (Ministério do Interior - Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social 1945).

Para além destas questões formais/estruturais, outros incidentes se somavam aos desencontros entre a IHD e a DGS. Alguma da correspondência trocada entre os representantes da IHD em Portugal e a direcção desta divisão sugerem mesmo que os fundos disponibilizados pela FR eram usados para financiar o serviço de saúde à revelia das decisões da FR:

Até ao presente, a IHD tem esperado pacientemente por reformas, tem aconselhado e tem tentado estimular a coragem do Dr. Faria e apoiá-lo em quaisquer reformas ou projectos que ele pensasse poder apresentar [ao governo]. Contudo, o que tem sido feito no Departamento de Saúde [DGS] foi numa base temporária, com o dinheiro a ser assegurado pelo uso da colaboração da RF no orçamento oficial.⁵²

Os comentários revelam que a resposta do governo português aos planos da IHD não era a esperada; e a DGS (tutelada pelo Ministério do Interior), em particular Alberto de Faria, parecia agora uma barreira à comunicação entre a FR e o governo, tendo Rolla Hill consultado Bissaia Barreto, responsável pela saúde pública em Coimbra e «amigo do ditador», nas palavras de Hill, no sentido de sondá-lo sobre se seria acertado e eficaz aproveitar a ausência do director-geral e falar directamente com o ministro do Interior. Hill acusava Faria de ter mantido «a pasta FR [...] à parte das pastas gerais», existindo «pouco ou nada [...] para mostrar as actividades dos últimos 5 anos».⁵³ Como que alienados da realidade política e social portuguesa no dealbar da década de 1940, os técnicos da IHD não pareciam equacionar a possibilidade de as posições de Faria reflectirem as condições que lhe eram proporcionadas pelo governo, numa complexa combinação de interesses pessoais/profissionais com os meios técnicos e financeiros que o Ministério do Interior e o governo garantiam à DGS. Com os desentendimentos entre a IHD e Faria a somarem-se, Hill manifestava uma esperança subliminar no afastamento do director-geral de saúde:

Primeira conversa a sério com ele [José Alberto de Faria] desde que retomou o seu posto. Está desencorajado e desmotivado porque diz que, apesar de todos os seus esforços para melhorar o serviço, o seu ministro e o seu governo não aprovam qualquer proposta e espera-se que ele se arranje sem

⁵² «Excerpt. From Doctor Hill's Memorandum», 26 de Maio, 1938, pasta 886, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁵³ Hill para Bissaia Barreto, «Coimbra Health Service», 8 de Julho, 1938, pasta 886, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

dinheiro. Quis demitir-se mas não lhe foi permitido. Ainda quer demitir-se – a sua pensão seria suficiente para o manter e continuaria a exercer a clínica privada – e poderá fazê-lo quando puder ser.⁵⁴

Se a FR colocava algumas condições para o estabelecimento de acordos de cooperação, uma vez lançados no terreno os projectos sofriam directa e indirectamente a interferência de vários factores e actores na observância dessas condições; e se a IHD procurava pressionar o director-geral de saúde ou contornar a sua autoridade para tentar ultrapassar aquilo que percebia como obstáculos à prossecução dos seus programas, Alberto de Faria mantinha a sua posição de intermediário mais directo entre a FR e o governo e a acção da IHD adequava-se inevitavelmente – mesmo que a contra gosto dos seus representantes – às condições, circunstâncias e estilo da organização de saúde em Portugal, no meio de comentários pouco abonatórios por parte de Hill e Janney. Assim, na carta atrás citada, Janney fala abertamente da possibilidade de exercer pressão sobre o governo português e da sua opinião sobre o director-geral de saúde:

Pessoalmente, penso que a IHD deveria dirigir-se ao Governo [português] e comunicar o que se conseguiu em cinco ou seis anos de esforços aqui e para dizer que estamos desapontados por não ter havido qualquer melhoramento apreciável nos serviços de saúde em geral, apesar dos nossos esforços; nós pensamos que o Departamento Nacional [DGS] está desactualizado e a fazer pouco para o bem das pessoas. Deveríamos depois perguntar se o Governo está interessado em providenciar um serviço de saúde decente ao país; se não está e está satisfeito com as coisas tal como estão, então a IHD não está interessada em continuar e vai proceder ao encerramento das suas actividades aqui, assim que as obrigações existentes forem cumpridas. Se o governo está interessado em modernizar o seu trabalho e quer a colaboração da IHD – muitos conselhos e muito pouco dinheiro – então, temos um plano para submeter a aprovação. O Faria achou uma óptima ideia e de potencial ajuda para ele. Receio bem que ele tenha que ser excluído de qualquer reforma; com ele será difícil conseguir grande coisa. Perguntou-me se eu lhe daria a minha colaboração, perguntando-lhe a si [Warren] se poderíamos [IHD] avançar com esta ideia. Respondi-lhe que daria a minha colaboração se, em troca, ele promettesse não falar contra o tempo integral. Esta observação irritou-o muito e respondeu que era uma estupidez pensar que ele é contra o tempo integral. Eu não confio nada nele, nesta matéria. Como sabe, ele tem fobia ao tempo integral.⁵⁵

⁵⁴ «Coimbra P.H. – Portugal I.H.D. Dr. Hill's Memo Dr. Faria», 27 de Julho, 1938, pasta 886, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁵⁵ Janney para Warren, 9 de Outubro, 1940, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Por seu lado, Faria apresentava em Abril de 1940 a sua versão dos progressos alcançados pela DGS, sem se esquecer de mencionar as dificuldades económicas e políticas das primeiras décadas do século XX. Mostrava como apesar da falta de verbas, da despreparação dos técnicos nos novos preceitos de higiene e saúde públicas e da fraca receptividade do público, concentrado em recuperar de «longos anos de agitação»,⁵⁶ a DGS conseguira implementar o tratamento de águas, a construção de saneamento básico, dispensários de tratamento de doenças venéreas, a instalação de postos de protecção à infância e a formação de visitadoras. Agradecia e louvava a colaboração da FR e particularmente de Rolla Hill e passava depois a justificar o permanente adiamento da reforma de fundo nos serviços de saúde, a começar pelo atraso na legislação sobre este serviço. O problema financeiro era o primeiro evocado – o Estado português mantinha a sua contenção orçamental, ainda mais justificada pelo início da II guerra mundial. Esta era a dificuldade principal pois explicava a razão pela qual não era possível manter pessoal a tempo integral (era impossível pagar salários que permitissem a dedicação exclusiva). Para além da questão financeira, mantinha-se o deficit de pessoal treinado em medicina preventiva. O director-geral de saúde explicava ainda as propostas que pretendia apresentar ao governo para a elaboração da nova lei que regulamentasse os serviços de saúde. Com este ponto da situação dos serviços de saúde em Portugal, Faria fazia nova proposta de colaboração à FR, ratificada pelo governo, desta vez para a criação, em Lisboa, de um instituto de higiene com funções de investigação e formação, «organizado na linha de uma Escola de Saúde Pública para médicos, engenheiros, enfermeiras de saúde pública, inspectores sanitários e educação popular em higiene geral».⁵⁷ Propunha ainda a colaboração da IHD na criação de um instituto de higiene e de um centro de saúde no Porto.

Temperando as posições críticas e desconfianças dos técnicos da IHD em relação a Faria, bem como as dúvidas de que se conseguisse operar transformações significativas nos serviços de saúde, Hill manifestava alguma simpatia pelas dificuldades sentidas no país, o que não o desviava, no entanto, dos princípios e objectivos que regiam a cooperação da IHD com Portugal. Assim, defendia, como Janney, a abordagem directa ao governo, dizendo que Faria «não quer trabalho a tempo integral para si e para os seus assistentes e teme abordar o seu governo com tal ideia, seja por medo de o conseguir ou de ser rejeitado. Mas provavelmente

⁵⁶ José Alberto de Faria, «[...] notes on the evolution of the sanitary service in Portugal», 9 de Abril, 1940, p. 4, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁵⁷ José Alberto de Faria, «[...] notes on the evolution of the sanitary service in Portugal», 9 de Abril, 1940, p. 11, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

não se oporia a que nós o propuséssemos». Contudo, ia, de certa maneira, ao encontro das justificações do director-geral, reconhecendo que um ultimato ao governo português seria excessivo num momento em que, primeiro a situação em Espanha (a guerra civil) e depois a guerra na Europa colocavam o país em alerta, tendo havido «distúrbios internos assim como ameaças à estabilidade do império»,⁵⁸ o que relegava a reforma dos serviços de saúde para um plano secundário na agenda de Salazar. Vendo a sua acção bloqueada pela DGS ou pelo director-geral de saúde, a IHD voltava-se para o presidente do Conselho, perspectivando neste a saída para o impasse na prossecução do seu projecto em Portugal:

Pensámos também, diversas vezes, que um dos pedidos de demissão do Dr. Faria seria aceite e que o ministro do Interior seria substituído por um homem mais capaz e progressista. Correm também rumores de que Salazar se voltará, de seguida, para uma reforma do Ministério do Interior, reorganizando-o como fez com os Ministérios das Finanças e da Guerra. Acredito que Salazar tem boa vontade em relação a nós e aceitaria o nosso conselho até certo ponto, nessa iniciativa.⁵⁹

O director-geral deixara de corresponder ao modelo dos interlocutores dinâmicos e de iniciativa, capazes de alinhar em propostas inovadoras. Mas, curiosamente, a convicção de que Salazar se empenharia numa renovação dos serviços de saúde, parece decorrer de uma visão parcelar: por um lado, o reconhecimento de que num regime autoritário, tutelado pela figura do presidente do Conselho, este era um aliado fundamental para operar transformações de fundo; por outro, a falha em reconhecer nesta autoridade totalitária uma possível fonte das limitações a iniciativas arrojadas e transformações estruturais.

Neste contexto, Janney assumia o lugar deixado por Hill ciente de que «ha[via] muito a fazer» mas que precisava de refrear o seu entusiasmo pois não seria «tarefa fácil conseguir alguma coisa que valha a pena».⁶⁰ No seu relatório final, aquando do encerramento do gabinete da IHD em Lisboa, em Setembro de 1941, Janney destacava os três projectos mais significativos que a divisão de saúde da FR deixava estabelecidos em Portugal: o IM, a escola de enfermagem e o centro de saúde de Lisboa. Depositava grande confiança no futuro do IM, dirigido por Francisco José Cambournac, que considerava um técnico muito competente. A escola de enfermagem, ainda que funcionando regularmente, padecia, no seu entender, de

⁵⁸ Hill para Warren, 25 de Outubro, 1940, pp. 1, 2, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁵⁹ Hill para Warren, 25 de Outubro, 1940, p. 2, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁶⁰ Janney para Warren, 9 de Outubro, 1940, pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

falta de instrutores adequados. A sua maior reserva era em relação ao centro de saúde de Lisboa, não por falta de competência do médico que o dirigia, mas porque o governo português não comprara o centro de saúde, colocando o seu financiamento em risco. Consciente das limitações do modelo da IHD face às circunstâncias específicas da realidade portuguesa, Janney considerava que «o programa de actividade de saúde levado a cabo pelo Centro [de saúde de Lisboa] é muito avançado e muito caro para servir como modelo para futuras acções de saúde em Portugal».⁶¹ Terminava com uma avaliação geral sobre a saúde pública em Portugal e o futuro da cooperação com a IHD, dizendo que o país era «presentemente, um dos países mais atrasados do mundo, no que respeita à organização da saúde pública. Contudo, o Dr. Salazar tem preocupações sociais e, se estivesse suficientemente informado sobre os problemas do seu país e sobre o que vem sendo feito para os corrigir, estou certo que as melhorias não se fariam tardar. A IHD faz melhor em manter-se pronta para ajudar quando chegar o tempo de reorganizar, mantendo um contacto activo e ininterrupto com Portugal e promovendo e encorajando o pequeno grupo em Lisboa que tem visão suficiente para perceber que uma mudança é inevitável e que, esperamos, terá influência na concretização das melhorias necessárias».⁶²

Apesar da diplomacia calculada e do interesse dos representantes da IHD pelo desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal, a FR retirou-se de Portugal, aparentemente não como represália ao governo português – ao qual, de facto, nunca chega a fazer o ultimato aventado – mas na sequência da retirada dos seus delegados em toda a Europa, em consequência da deflagração da II guerra mundial.⁶³ Os projectos acordados entre

⁶¹ Janney para Warren, 14 de Novembro, 1941, p. 2, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁶² Janney para Warren, 14 de Novembro, 1941, p. 3, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁶³ Esta foi a razão apresentada pelos representantes da IHD em Portugal e acolhida com simpatia pelo director-geral de saúde Alberto de Faria. Os relatórios anuais da FR dão também conta da progressiva retirada de todos os delegados, encerramento das delegações e cessação dos projectos na grande maioria dos países europeus, em consequência da guerra. O relatório de 1939 tem um subtítulo quase literário em que se lamenta precisamente os efeitos do conflito mundial sobre a circulação de saberes e indivíduos, fundamentais para o progresso da ciência e promotores da boa vontade e entendimento entre os povos. No entanto, no caso português, o impasse no desenvolvimento das reformas esperadas pela IHD na saúde pública e as tensões políticas podem ter também pesado na decisão. Veja-se a este propósito, o teor de uma carta de Maia de Loureiro para Smith, da London School of Hygiene and Tropical Medicine, datada de Julho de 1943: «Ainda lamento que a Fundação Rockefeller não tivesse outra alternativa senão privar o Centro de Saúde e o Instituto de Malariologia do seu apoio moral e material. Compreendo inteiramente que seria inconveniente para a contabilidade do gabinete em Nova Iorque que os relatórios financeiros não fossem recebidos no tempo devido. Mas como o atraso dependia, em grande medida, da lentidão do correio transatlântico e como havia razões mais sérias para cortar relações com o nosso departamento de saúde, a ênfase colocada na questão financeira é um mistério para nós» (Loureiro para Smith, 11 de Julho, 1943, pasta 19, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC). Ou o comentário de Alan Gregg sobre os serviços de saúde em Portugal: «Tenho a impressão que há algum azedume

a Fundação e o governo português estavam a chegar ao fim. Mantinha-se a escola de enfermagem, que continuou a ser parcialmente financiada e a receber apoio técnico durante todo o período da guerra. Em 1946, o relatório anual da FR anunciava o regresso aos EUA da enfermeira americana que substituíra a directora da Escola Técnica de Enfermagem, em Lisboa, durante a duração da sua bolsa de estudos, concluindo que «no presente, a International Health Division não tem qualquer programa activo em Portugal» (The Rockefeller Foundation [1947], 75).

A saída da delegação da IHD de Lisboa gerou alguma apreensão entre os antigos bolseiros da FR. Na correspondência trocada entre Maia de Loureiro e os representantes da IHD podemos perceber essa incerteza quanto às suas posições dentro da DGS e quanto à possibilidade de virem a ter alguma influência ou desenvolverem algum trabalho no sentido de transformarem os serviços de saúde em Portugal. E, aparentemente, a Fundação não passou das palavras aos actos, na sua intenção de apoiar e estimular o grupo dos seus eleitos. Uma carta de Maia de Loureiro, dirigida a Hill em Junho de 1941, dá conta da frustração e pessimismo com o anúncio do encerramento do gabinete da IHD em Lisboa, fazendo um balanço sumário e desencantado da cooperação da FR com a DGS:

Nunca esquecerei a leal e generosa ajuda que recebi da sua parte e da parte da Fundação, em toda a linha, durante estes dois anos de luta por uma boa ideia [Centro de Saúde de Lisboa]. Mas, apesar dessa ajuda, da sua experiência neste país e da melhor vontade de todos nós, o combate foi perdido ou, pelo menos, nenhum dos objectivos foi atingido. De agora em diante, eu e aqueles à minha volta sentiremos, lenta mas decididamente, o castigo por termos acolhido com tanta convicção um programa de progresso contra a mediocridade do meio. O Centro talvez possa sobreviver mas na condição de ser despojado do seu papel mais importante que era servir de modelo para uma reforma geral.⁶⁴

O peso e influência dos médicos que haviam estudado fora de Portugal, com bolsas da divisão de ciências médicas e da IHD, na evolução e reestruturação dos serviços de saúde, da saúde pública e do ensino da medicina em Portugal não parecem ter sido relevantes. Talvez estes médicos não fossem em número suficiente para iniciarem um movimento transformador, à imagem dos modelos da FR, ou um grupo de pressão. É verdade que Maia de Loureiro e Cambournac lideraram projectos da IHD, pioneiros na área da saúde pública. Mas estes

algures nos círculos da Saúde Pública em Portugal, contra a FR e, enquanto a Alemanha puder falar para Portugal pelo telefone, não acredito que se deva dar muita atenção a arejar essa atmosfera azeda» (Gregg para O'B, 25 de Fevereiro, 1942, pasta 2, caixa 1, série 773, RG 1.1 Rockefeller Foundation Archives, RAC).

⁶⁴ Loureiro para Hill, 20 de Junho, 1941, fl. 2, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

lugares de destaque nos serviços de saúde funcionaram sobretudo como catalisadores das suas carreiras pessoais, especialmente no caso de Cambournac. O IM manteve o seu funcionamento regular, consolidando a sua posição na rede internacional de estudos na área da malariologia e do controlo da malária (ver cap. 3) – funcionando como centro de experimentação ou ensaio de técnicas para o controlo da malária e como lugar de formação de técnicos –; e a escola de enfermagem prosseguiu também a sua missão. O impacto destas instituições na estrutura e programação dos serviços de saúde pode não ter correspondido às expectativas da IHD e dos seus colaboradores em Portugal; mas a sua influência fez-se sentir, particularmente no caso do IM, como se disse.

Avaliadas a partir do discurso e objectivos da IHD e de Maia de Loureiro, as iniciativas da FR em Portugal, visando reformar profundamente o serviço de saúde e dar à saúde pública, alicerçada na ciência médica, um lugar fundamental na administração dos espaços e populações – por conseguinte, na administração do Estado –, perdiam vigor contra a inércia de um poder político pobre em recursos financeiros e concentrado em outras dimensões da política interna e externa. Enquanto no Brasil ou na Itália de Mussolini, a saúde pública fora incorporada pela ideologia nacionalista – no caso italiano, o programa de controlo da malária nos campos Romanos e Pontinos é sustentado por princípios nacionalistas –, em Portugal, nem mesmo o Estado autoritário saído da revolução de Maio de 1926, consolidado com o regime do Estado Novo e a «Revolução Nacional para a Renascença de Portugal», de forte retórica nacionalista, ofereceu à saúde um lugar de destaque como veículo propagandista ou de concretização de um projecto de reforma nacional.

Mesmo o argumento da perda de rentabilidade do trabalho e das perdas na produção de riqueza nacional causados, por exemplo, pela malária, não resultou numa apropriação declarada (como no caso italiano) do controlo desta doença, pelo Estado, nem do reconhecimento das suas potencialidades na propagação do poder estatal através do controlo da assistência médica. Ainda que, se considerarmos os SAS como representantes do poder estatal, a sua expansão e penetração no mundo rural, a integração do «posto das sezões» nas lógicas sociais locais, possa ser interpretada como uma propagação não programada ou intencional desse poder e da regulação do proletariado rural.

Capítulo 5

A malária na vida quotidiana: o mundo rural

As primeiras entrevistas realizadas a pessoas que contraíram malária nas regiões de Benavente, Azambuja e Alcácer do Sal deixaram claro que a malária era um acontecimento menor, perdido entre o desassossego e a incerteza que marcavam a vida dos trabalhadores rurais – a quase totalidade dos entrevistados trabalhou sempre no campo –, quase todos assalariados sem qualquer vínculo à terra, senão por intermédio de eventuais «fidelidades» a um «patrão» (proprietário de grandes extensões de terra). Por conseguinte, deparei-me com narrativas semelhantes a histórias de vida ao estilo neo-realista, e onde as «seções» eram apenas mais um acontecimento – não dramático mas apenas destabilizador – a juntar aos rigores de uma vida em que tudo escasseava.

O discurso dos entrevistados desenrolou-se, regra geral, como uma narrativa organizada cronologicamente, abrangendo sobretudo o período entre c.1935 e c.1970 e dando grande ênfase à descrição das condições, ritmo e tipo dos trabalhos rurais desempenhados. Foi neste pano de fundo que surgiu então a malária como acidente, memória ora banalizada e vaga, entre as doenças da infância, ora percebida como impedimento ao exercício do trabalho, marco fundamental da identidade dos indivíduos, por estar directamente ligado à sua sobrevivência. Indissociável da «vida» como um todo, a malária cabia na frase que recorrentemente usavam como súmula das suas experiências passadas: «sofreu-se muito».

A dissolução da malária nas narrativas da história de vida, em que o trabalho, e as suas condições indissociáveis das próprias condições materiais da vida, assumia um papel fulcral, indicava a necessidade de pensar sobre o papel dessas condições não só na experiência (percepção e reacção) da malária, mas também na forma como os indivíduos percebiam, recebiam e integravam os modelos, discursos e recursos médicos nas suas práticas relacionadas com esta doença. Não se trata apenas de identificar e comparar representações contrastantes de saúde e doença nos discursos médicos e nos discursos leigos. Primeiro, porque as doenças não remetem todas para o mesmo tipo de interpretações e respostas. Para lá dos condicionalismos estruturais das definições latas de saúde e doença, há a considerar o modo como os indivíduos se pronunciam sobre a malária em particular, tentando compreender que factores enquadram as suas percepções.

Em algumas das entrevistas podemos comparar discursos sobre a malária com discursos sobre a tuberculose, sendo evidente que esta última convocava imagens mais negativas. A malária era fundamentalmente definida como uma doença que impedia o normal funcionamento do corpo, o desempenho cabal das funções que, no limite, lhe conferiam significado social, cruzando desconforto físico e incapacidade de desempenho dos papéis sociais que lhe eram atribuídos. A tuberculose era um prenúncio de condenação e morte, a malária um contratempo passageiro que se queria resolver rapidamente para retomar a rotina do trabalho. Por conseguinte, a noção de «representação de doença» não pode aqui ser apenas percebida numa dimensão estrutural generalista; é também circunstancial e dinâmica (histórica).

No início da década de 80 do século XX, quando a antropologia médica se configurava como um campo especializado da antropologia, Arthur Kleinman propôs a distinção dos conceitos de *disease*, *illness* e *sickness* (ver introdução) para a análise das diferentes percepções de doença em confronto no encontro clínico (Young 1982, 54), bem como o conceito de «modelos explicativos de doença» (*explanatory models of illness*), pretendendo deste modo referir-se às formas mutáveis pelas quais os indivíduos ordenam e dão sentido às suas experiências patológicas.

Kleinman distingue os modelos explicativos dos leigos dos modelos médicos e identifica trajetórias distintas para esses modelos (Young 1982, 266, 267). Young apresenta críticas aos modelos de Kleinman, sem contudo os rejeitar em absoluto; propõe um esquema analítico alternativo, complexificando o encontro clínico e a doença no contexto das relações sociais marcadas pela assimetria e pela hegemonia dos modelos biomédicos. Embora o objecto em análise neste capítulo possa relacionar-se com as classificações de Kleinman e Young, não exploro estes conceitos pois pretendo sobretudo perceber concepções médicas e leigas relacionadas com a malária como produtos ecléticos e historicamente formados, aproximando-se ou afastando-se conforme as circunstâncias, mas mutuamente implicados, negociados e partilhando lógicas; na verdade, mutuamente dependentes, sem negar tensões, divergências, assimetrias, determinadas por questões sociais, económicas e políticas mais abrangentes.

Ao dizer que as configurações da malária são circunstanciais quero dizer que estão sujeitas a *circunstâncias* específicas relacionadas com a posição social e a biografia dos indivíduos, ao mesmo tempo que devem ser também interpretadas no contexto de um

processo histórico localizado.¹ Os entrevistados falam sobre experiências passadas, cruzando-se no seu discurso não só as ideias e emoções daquele momento no tempo, mas também as ideias e emoções despertadas pelo olhar/rememorar a partir da sua situação presente. Este olhar presente sobre o passado revela não só o ecletismo de explicações sobre a malária e terapêuticas escolhidas para o seu tratamento, mas também a dinâmica desse ecletismo que vem sendo reformulado com as transformações políticas, sociais e económicas ocorridas desde então e que influem necessariamente na perspectiva e no discurso dos entrevistados sobre as suas próprias experiências passadas. Por outro lado, o facto de a malária não fazer parte da experiência quotidiana há cerca de 50 anos, e de muitos a recordarem como episódios isolados e limitados no tempo da sua trajectória pessoal, condiciona também os depoimentos recolhidos sobre a doença.

A particularização das definições da malária ajuda, no entanto, a perceber algumas concepções generalistas sobre o que para os entrevistados é mais significativo na caracterização de uma doença, seja ela qual for. O impedimento temporário da capacidade laboral é um aspecto que, tendo grande realce na rememoração da malária, se apresenta subliminarmente como uma característica dos estados mórbidos em geral, assumindo maior ou menor relevância em confronto com outros aspectos reconhecidos pelos indivíduos na caracterização de diferentes patologias. No caso da malária, a impossibilidade de trabalhar é um factor de destaque na caracterização e definição da patologia pelos entrevistados. Estes revelaram pouca reflexividade retrospectiva sobre a sua saúde, se compararmos com a riqueza dos discursos sobre o trabalho. Questionados sobre a sua saúde fazem, quase sem excepção, um balanço geral positivo desse tempo, dominando a ideia de que eram «sadios». Esta ideia de um passado mais saudável perpassa a maioria das entrevistas, associando-se a outras imagens igualmente valorativas desse tempo, por comparação com o presente. Este é um dos aspectos que manifestam a ambiguidade do discurso dos entrevistados sobre a sua vida passada, simultaneamente apologetico e lastimoso.

Numa outra perspectiva, a experiência da malária como doença da infância, que desperta memórias sobre sarampo, «bexigas» ou tosse convulsa, confere-lhe, em alguns casos, um carácter ainda mais restrito e limitado na experiência dos indivíduos, dissociando-se do trabalho. Mas pode também ligar infância e trabalho, já que muitos dos entrevistados começaram a trabalhar antes dos 10 anos de idade. Esta diferença não resulta, no entanto, em

¹ Sobre a importância dos processos históricos nas percepções de saúde e doença veja-se Elizabeth D. Whitaker (2003, 348-375).

grande diversidade de linguagem e caracterização da malária; as diferenças residem sobretudo na maior ou menor clareza das memórias e na maior ou menor capacidade interventiva dos sujeitos quanto à escolha da forma de resolver o problema.

Em face desta primeira abordagem ao discurso dos entrevistados sobre a malária, percebe-se que os factores sociais, correntemente considerados nas análises sobre a distribuição e políticas de controlo da malária, condicionam ou medeiam também a experiência individual e social da doença, influenciando no modo como os indivíduos pensam e discursam sobre ela e no modo como agem perante ela. As condições de habitação, higiene e alimentação, determinadas pelo rendimento familiar e, por conseguinte, pelo trabalho, são elementos incontornáveis nas considerações epidemiológicas sobre a malária. As análises históricas sobre esta doença e as políticas locais e internacionais visando o seu controlo e erradicação têm enfatizado a importância da sua dimensão social, dos aspectos históricos, políticos e económicos que a enquadram (ver entre outros, Humphreys 2001; Snowden 2006; Packard 2007). Contudo, essas abordagens prendem-se sobretudo com a problemática da distribuição da malária, da elaboração, sucesso e transformação das estratégias para lhe fazer face. As populações afectadas são sobretudo consideradas enquanto vítimas da doença e alvos das estratégias desenvolvidas para o seu controlo;² ou, por outro lado, como vítimas das próprias políticas internacionais para o controlo da malária, que lhes são impostas independentemente da sua escolha (Turnbull 1989, 2000; Packard 2007).

Nas últimas décadas, alguns trabalhos de antropologia médica vêm realçando, nas suas propostas analíticas e conceptuais, o enquadramento das questões de saúde e doença no âmbito mais alargado dos efeitos das condições políticas, económicas e sociais (como a guerra, a pobreza, a desigualdade e a violência) sobre os indivíduos; bem como a influência desses factores na distribuição e experiência das doenças, a particular vulnerabilidade de algumas populações a estas e a desigualdade no acesso a recursos para as debelar (por exemplo, Brown, Inhorn e Smith 1996; Kleinman, Das e Lock 1997; Farmer 1999, 2004; Nguyen e Peschard 2003). Dentro destas abordagens, surgem conceitos como o de «sofrimento social» e «violência estrutural» (Das 1996; Farmer 1996, 1999, 2004; Kleinman, Das e Lock 1996, 1997; Kleinman e Kleinman 1996). Com base na sua experiência pessoal enquanto clínico no Haiti, trabalhando com indivíduos infectados com tuberculose e HIV, Paul Farmer critica as tendências analíticas e conceptuais de alguns trabalhos da antropologia

² O trabalho de Margaret Humphreys (2001) é uma excepção ao teor dominante dos trabalhos históricos sobre malária, apresentando uma tentativa de revelar as representações de saúde, doença, e concretamente da malária, entre a população das áreas rurais do sul dos EUA, no final dos anos 30 do século XX (ver Introdução).

que, na sua perspectiva, enfatizam os aspectos culturais e a agencialidade, arriscando-se a confundir as «diferenças» (culturais) com as «desigualdades» (económicas, sociais) que têm um papel central na distribuição das doenças, cerceando, ao mesmo tempo, as possibilidades de acção em face delas (Farmer 1999).

Em contraponto, Farmer defende a importância analítica do conceito de «violência estrutural», propondo «uma abordagem empenhada em integrar etnograficamente os dados nas estruturas sociais e económicas historicamente dadas» (2004, 312). A violência estrutural consiste nos mecanismos de desigualdade e opressão inscritos nas estruturas socioeconómicas, consolidados ao longo de processos históricos seculares e incorporados no quotidiano daqueles que vivem em contextos de pobreza e privação. Farmer refere-se sobretudo aos contextos pós-coloniais, aos processos históricos que deram origem ao desequilíbrio de poderes e à desigualdade entre Estados, na teia do «sistema mundial». Considera fundamental perceber as questões da saúde, da distribuição e risco das doenças infecciosas, não só à luz dos aspectos socioculturais e políticos locais, mas também à luz dos processos históricos que local e internacionalmente os enformam.

Do conceito de violência estrutural parece-me fundamental reter a importância da contextualização socioeconómica e histórica, para compreender a distribuição da malária, bem como as representações da doença e das reacções em face dela. Não me deterei na análise dos processos históricos de longa duração conducentes à consolidação do sistema que ditava as condições de desigualdade e pobreza a que os entrevistados se referiram nas entrevistas, mas procurarei enquadrar historicamente essa «ordem social», revelando a sua construção como resultado da negociação de poderes e interesses, com repercussões na vida dos indivíduos que entrevistei. Neste sentido, aproximo-me mais do conceito de «sofrimento social», compreendido como «resultando do que o poder político, económico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder influenciam elas próprias as respostas aos problemas sociais» (Kleinman, Das e Lock 1997, ix). As entrevistas indicam inequivocamente a relação das condições materiais da vida quotidiana com o contexto histórico (político, social, económico) a que se reportam, revelando a incorporação e naturalização das desigualdades e da pobreza, traduzindo-se na ambiguidade dos discursos que oscilam entre o fatalismo e a consciência crítica da desigualdade e repressão subjacentes à sua condição social passada. É também neste enquadramento que cabe considerar o facto de a reflexão dos entrevistados sobre a malária não revelar a mesma sensibilidade para o impacto das condições sociais e económicas a que estavam sujeitos, na incidência da doença.

Do mesmo modo que as entrevistas me levaram a perceber a importância de interpretar as práticas leigas relacionadas com a malária no contexto das experiências de vida ligadas à ruralidade, também as narrativas médicas, classificando a malária como uma doença rural, bem como a prevalência da acção dos Serviços Anti-Sezonáticos (SAS) em concelhos dominados pela actividade agrícola, me levam a considerar a centralidade do mundo rural na estrutura social, política e económica do país, até meados do século XX, como um factor de peso na produção das diferentes malárias de que se fala ao longo deste trabalho.

Trabalho rural I: ideologia, sociedade e economia

A análise histórica sobre o período do Estado Novo (1933-1974) é fundamental para o enquadramento das realidades narradas pelos entrevistados, contextualizando-as e servindo de referente analítico dos aspectos materiais presentes nessas narrativas: condições e relações de trabalho, propriedade fundiária, estratificação social. Por outro lado, a história oferece uma referência interpretativa sobre o lugar do mundo rural na ideologia, na orientação e na acção política do Estado Novo, importante na consideração dos factores que determinavam as condições de vida e trabalho no campo e, consequentemente, condicionavam a incidência da malária, o seu peso e relevância no quotidiano das populações mais afectadas, traduzidos no modo como estas actuavam em face da doença. A relação entre Estado e mundo rural é ainda fundamental para tentar compreender a conquista de terreno daqueles que defendiam a importância do controlo da malária, classificada como uma doença rural, e a subsequente organização dos SAS.

A perspectiva sociológica e a etnografia sobre o mundo rural oferecem elementos que servem de referência para a compreensão e interpretação das narrativas sobre o quotidiano: relação com a terra, trabalho, alimentação, habitação.

Na organização económico-social (ou no seu modelo) estabelecida pelo Estado Novo e preconizada na constituição de 1933, temos o quadro referencial onde podemos inscrever essa relação do Estado com o mundo rural, bem como as relações sociais dentro do universo agrário português. Assim, comecemos por lembrar que o Estado português desenhado na constituição de 1933 era um Estado corporativista (ignoremos a distância entre a letra e a prática ou os debates sobre a especificidade do corporativismo português),³ baseado em princípios nacionalistas que resultavam na sujeição de todos os interesses e actividades ao

³ Sobre o corporativismo português ver Fernando Rosas e J. M. Brandão de Brito (1996b).

interesse supremo da nação, e defendendo «o papel fundamental desempenhado pela propriedade e iniciativa privadas a quem é atribuído o privilégio de criar e utilizar os instrumentos de produção e dirigir o trabalho humano», ainda que conferisse «uma mesma dignidade social ao capital e ao trabalho» (Rosas e Brito 1996b, 217).⁴

Embora os teóricos do corporativismo contemplassem a intervenção do Estado na organização corporativa, esta devia ser gradualmente reduzida «ao exercício de mecanismos orientadores e fiscalizadores» (Rosas e Brito 1996b, 218), permitindo aos grupos empreendedores da economia nacional e que tomavam a iniciativa da formação das corporações, a defesa dos seus interesses. Defendia-se, por conseguinte, aquilo que se denominou de «economia autodirigida» (Rosas e Brito 1996b). Contudo, o modelo da economia autodirigida perde-se em face da forte intervenção do Estado, preconizada na própria constituição, que acaba por cumprir o papel de defensor dos interesses das corporações, ou seja, dos produtores que as formam e integram. No parágrafo da constituição referente aos objectivos económicos da organização corporativa, a defesa dos interesses dos produtores assume um carácter quase proteccionista, ao defender a cooperação entre corporações, através de acordos; «é por intermédio desses acordos que são fixados os preços dos salários, se fomenta o aperfeiçoamento técnico e se reduzem os custos de produção» (Rosas e Brito 1996b, 219).

Para além dos acordos entre corporações, o próprio «espírito» destas organizações implicava cooperação e convergência de interesses, orientados para o bem da nação, de onde decorria que «o capital e o trabalho, ou antes os detentores dos meios de produção e os trabalhadores, não têm interesses conflituosos expressos na luta sindical ou política, mas sim interesses complementares que deverão ser harmoniosamente conjugados» (Cutileiro 1977, 200).⁵ Este modelo ideológico conformava e legitimava as relações e hierarquias sociais, dentro e fora das relações de trabalho, contribuindo para sustentar as aspirações e pressões dos grandes proprietários rurais. Na verdade, a intervenção do Estado acusava o peso e influência de sectores da economia nacional, ou dos grupos sociais que os representavam, junto dos órgãos administrativos. Entre esses grupos destacavam-se os proprietários rurais.

⁴ «Artigo 1.º A Nação Portuguesa constitui uma unidade moral, política e económica, cujos fins e interesses dominam os dos indivíduos e grupos que a compõem» (Presidência do Conselho 1933, 1655). «Art. 4.º O Estado reconhece na iniciativa privada o mais fecundo instrumento do progresso e da economia da Nação» (Presidência do Conselho 1933, 1655).

⁵ «Art. 11.º A propriedade, o capital e o trabalho desempenham uma função social, em regime de cooperação económica e solidariedade» (Presidência do Conselho 1933, 1656).

Nos vales do Tejo, Sorraia e Sado, predominavam as grandes propriedades. Nessas regiões, a exploração agrícola caracterizava-se pela «cultura extensiva dos cereais [...] conjugada com a do olival, do montado de sobro ou do arroz, nas zonas de regadio do Baixo Ribatejo ou do estuário do Sado, e a criação de gado [...]» (Rosas 1994, 41, 42). Para os trabalhos do pastoreio, da extracção de cortiça, da apanha da azeitona, da sementeira, monda e ceifa dos cereais, eram contratados os assalariados sem terra, sujeitos à precariedade do trabalho sazonal, ou pequenos proprietários e seareiros que não conseguiam viver exclusivamente das suas pequenas explorações (Carmo 2007). Os grandes proprietários viviam, regra geral, nas vilas ou cidades próximas das suas propriedades, gerindo-as por entrepostas pessoas (os feitores) ou arrendando parte delas, não executando qualquer tipo de trabalho manual. Além disso, as suas fontes de rendimento raramente se limitavam à actividade agrícola; «encontravam-se numa situação de plurirrendimento e, por vezes, de pluriactividade, na medida em que alguns podiam exercer uma actividade profissional exterior ao sector agrícola, nomeadamente profissões que exigiam um elevado nível de qualificação: professores, profissionais liberais, dirigentes da administração pública» (Carmo 2007, 820).

No início da década de 30 do século XX, a economia portuguesa estava ainda profundamente marcada por um sector agrícola onde predominavam técnicas arcaicas e de baixa produtividade. Apesar da fraca mecanização do trabalho agrícola, essencialmente sustentado pelo trabalho braçal de um sem-número de trabalhadores rurais, o brusco crescimento populacional, a fraca industrialização e as restrições à emigração geravam um excesso populacional e o consequente aumento do desemprego.⁶

O volume de população activa ocupada na «lavoura» ia a par com o peso que o sector agrícola tinha, não apenas na economia mas também na estrutura social nacional e com o modo como, segundo algumas perspectivas analíticas, condicionava as transformações socioeconómicas do país (Rosas 1994, 24-29). Até ao final da década de 50, o sector agrícola ocupava metade da população activa. É a partir da década de 60 que começa a verificar-se um

⁶ «Principalmente nos campos, esse sobrepovoamento rural – nas condições estruturais que condicionavam a agricultura portuguesa – era patente: uma massa imensa de assalariados e de camponeses semiproletários, sem terra ou sem terra suficiente para subsistir autonomamente, sazonalmente desempregados ou subempregados, impedida de emigrar [...], deslocando-se em grandes ranchos migratórios pelo País [...] em busca de trabalho por um qualquer salário, mendigando quando ele faltava, levando uma vida de miséria e abjecção hoje difícil de imaginar» (Rosas 1994, 24).

decréscimo no número de pessoas que trabalhavam no campo,⁷ acompanhando o decréscimo da representatividade da agricultura no PIB.

Precisamente pelo peso do mundo rural na sociedade portuguesa, até meados do século XX, e pelo passado de sindicalismo agrário e de luta concertada no seio dessas organizações, nas primeiras décadas desse século – especialmente no Alentejo – o Estado Novo preocupou-se em enquadrar política e socialmente o proletariado rural, de forma a evitar ou reprimir a conflitualidade social. As estratégias para prevenir situações de ruptura por pobreza extrema cruzavam a caridade com a assistência, o utilitarismo com o humanitarismo, os valores religiosos com os mecanismos de afirmação de prestígio, acrescentando-se ao papel tradicional das Misericórdias e outras entidades privadas ou religiosas na assistência aos pobres.⁸ Esse enquadramento estatal pautou-se pela regulamentação do trabalho,⁹ pela criação de instituições como as casas do povo, para apoio social e assistência médica gratuita, e de iniciativas como o «Apoio de Inverno aos Pobres», no âmbito da assistência, especialmente votado a socorrer aqueles que durante o Inverno, pela escassez de trabalho no campo, se viam ameaçados pela miséria absoluta (ver Cutileiro 1977). Além destas formas de assistência preventiva, a estratégia repressiva foi também usada pela ditadura, por intermédio das forças de segurança.¹⁰

As casas do povo não se enquadravam no âmbito da assistência pública, sendo antes um organismo concebido na lógica da estrutura corporativista, representativo da «lavoura» (ver Rosas e Brito 1996b, 132, 133). Os indivíduos nelas inscritos estavam obrigados ao pagamento de quotas mensais, estabelecidas de acordo com os seus rendimentos. Essas quotas garantiam-lhes assistência médica gratuita e reduções na compra dos medicamentos, para além de apoio em caso de desemprego, subsídio em caso de doença e na velhice, férias na praia para os filhos, crédito facilitado para a construção de casas (Cutileiro 1977, 201-206). Contudo, atendendo aos baixos salários dos trabalhadores rurais, poucos de entre eles conseguiam manter as suas quotas em dia, acabando por não poder beneficiar das vantagens

⁷ «[...] enquanto até meados do século [XX] um em cada dois portugueses trabalhava na agricultura (1930 – 49%; 1940 – 51%; 1950 – 48%), esta percentagem decresceu nas décadas seguintes: 1960 – 42% e 1970 – 32%. Registe-se também a evolução da contribuição da agricultura para o PIB: 1938 – 32%; 1950 – 32%; 1960 – 24% e 1970 – 17%» (Rosas e Brito 1996a, 26).

⁸ A análise de Cutileiro (1977) sobre a função social das esmolas é um exemplo da complexidade de significados envolvidos na «caridade privada».

⁹ A base da política e legislação do Estado Novo para o trabalho, fundada na definição corporativa do Estado português, foi o «Estatuto do Trabalho Nacional» (Presidência do Conselho, 1933).

¹⁰ Popularizou-se a história de Catarina Eufémia, trabalhadora rural morta em Baleizão pela GNR, durante uma greve de assalariados rurais. Na ficção neo-realista, o fim trágico do Palma, no romance Manuel da Fonseca *Seara de Vento* é também um exemplo do conflito social latente nos «campos do sul» e da repressão do Estado Novo sobre o proletariado rural.

oferecidas pela casa do povo (Cutileiro 1977, 204, 205). Curiosamente, quando questionados sobre o tipo de assistência médica a que tinham acesso, apenas um entrevistado mencionou as casas do povo; salvo esta exceção, todos diziam que os postos e dispensários anti-sezonáticos eram os únicos locais onde encontravam assistência médica gratuita, tendo que pagar aos médicos das localidades onde residiam, caso precisassem dos seus serviços. E, de facto, apesar da existência de delegações de saúde, numa rede nacional de serviços médicos, «o direito à assistência médica, em caso de doença, para os membros da família de um beneficiário da protecção social foi apenas estabelecido em 1950» (Wall 1995, 433). Contudo, o regime de protecção social contemplava apenas «trabalhadores da indústria e dos serviços» (Wall 1995, 432).¹¹

Esta «ordem das coisas» mantém-se com poucas alterações significativas – pelo menos do ponto de vista da propriedade e exploração da terra, das relações e condições de trabalho, e da qualidade de vida dos trabalhadores rurais – até aos anos 60. Na verdade, os diferentes períodos da política agrária do Estado Novo identificados pelos historiadores (Amaral 1994; Baptista 1993) têm como denominador comum a manutenção das estruturas da sociedade rural, sustentáculo do regime, e os baixos salários, sobretudo até meados dos anos 60.

Trabalho rural II: estrutura agrária e relações sociais

As grandes explorações agrícolas, com mais de 100 hectares, situavam-se sobretudo nos distritos de Évora, Beja e Setúbal, existindo também algumas dessas extensas propriedades nos distritos de Santarém e Castelo Branco. Este era o tipo de propriedade e exploração agrícola dominante nas zonas onde realizei as entrevistas e onde foram identificados alguns dos principais focos de malária, nos anos 30 (Landeiro e Cambournac s.d.). Embora representando um pequeníssimo número de explorações no total nacional (apenas 0,4%), no início da década de 50, estas propriedades de grandes dimensões representavam quase metade da terra arável do continente (ocupavam 45% da terra) (Rosas 1994, 36; Carmo 2007). Estes dados indiciam a concentração da posse da maior parte da terra num reduzido número de indivíduos, implicando a existência de um grande número de

¹¹ «Durante o período de 1945 a 1971, o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde» (Ferreira 1990, 343).

famílias «numa situação pura de trabalho assalariado» (Carmo 2007, 821), numa sociedade onde a maior parte da força de trabalho se concentrava no sector primário. Assim, em 1950, a percentagem de trabalhadores agrícolas por conta de outrem no continente era de 59,7%, com o maior número de trabalhadores nessa situação a concentrar-se nos distritos de Évora, Beja e Setúbal, seguidos dos distritos de Santarém e Lisboa (Rosas 1994, 43). Contudo, há que notar que a divisão da propriedade da terra não se restringia a esta dicotomia entre latifundiários ou grandes proprietários e trabalhadores assalariados sem terra, mesmo nas regiões onde dominavam esse tipo de propriedades (V. Barros 1986; Carmo 2007). Existiam outras formas intermédias de posse ou relação com a terra, consistindo em proprietários de extensões menores de terra mas que conseguiam tirar o seu sustento trabalhando por conta própria, através de parcerias e arrendamentos.¹² Também alguns pequenos proprietários, impossibilitados de subsistir apenas com o que as suas propriedades lhes ofereciam, podiam trabalhar para outros proprietários e rendeiros ou, no caso da cultura cerealífera, arrendarem porções de searas (que semeavam tratavam e ceifavam) pelas quais pagavam ao proprietário da terra parte das colheitas conseguidas. Desta multiplicidade de formas de relação com a terra e sua propriedade, resultava também para os trabalhadores agrícolas a «pluriactividade» e «plurirrendimento»; i.e., os pequenos proprietários e seareiros viam-se na contingência de desempenhar também tarefas por conta doutrem. Neste sentido, a pluriactividade refere-se mais à diversificação de fontes de rendimento (plurirrendimento) dentro dos trabalhos agrícolas, do que propriamente ao exercício de actividades não agrícolas; embora Renato do Carmo mencione também famílias em que a diversificação de actividades laborais entre os seus membros representava a combinação de actividades não agrícolas com actividades agrícolas, geralmente secundarizadas no conjunto dos trabalhos realizados (Carmo 2007).

De qualquer forma, a composição dos grupos sociais nas regiões atrás mencionadas é fortemente influenciada pela posse e acesso à terra (ver Cutileiro 1977, 53-56), destacando-se a diferenciação entre proprietários e trabalhadores rurais, e pelas «formas de organização do

¹² «Já no arrendamento, o proprietário separa-se do empresário: o dono da terra cede ao rendeiro o uso e fruição da terra, mediante o pagamento anual de uma renda fixa (em dinheiro ou em espécie, ou uma combinatória de ambos). O proprietário só fornece a terra, sendo todo o investimento e exploração por conta e risco do rendeiro» (Rosas 1994, 37); «Aqui [parceria], o proprietário juntava-se ao parceiro numa teoricamente comum função empresarial: o primeiro entrava com a terra e todo ou parte do capital de exploração (gado, alfaías, sementes, adubos, edifícios) e o segundo com o seu trabalho e o da família, eventualmente com algumas cabeças de gado e alfaías. O produto da exploração era dividido entre ambos conforme um ajuste fixando uma quota proporcional à produção (normalmente a meias) [...] § Na prática, nas condições de sobrepovoamento rural então existentes, de 'fome de terra' e de consequente inflação das rendas e do preço da terra, a parceria tendeu a transformar-se num arrendamento imperfeito: o senhorio limitava-se a alugar a terra a muito curto prazo, por rendas exorbitantes, desinteressando-se completamente de qualquer participação no capital da exploração ou na gestão – era, mais uma vez, a situação do 'seareiro'» (Rosas 1994, 38, 39).

trabalho» (Barros 1986, 221) destes decorrentes. Esta distinção de grupos sociais era marcada não apenas por interesses divergentes, mas também por estratégias de diferenciação adoptadas sobretudo pelos proprietários, transversais a todas as dimensões da vida (desde a residência, ao vestuário, casamentos, parentesco, educação).¹³ Desta distinção resultavam inevitavelmente formas diversas de perceber e julgar a ordem social vigente,¹⁴ bem como modos diversos de interpretar e responder às experiências quotidianas, distinguindo-se estas de acordo com a posição social dos indivíduos.

A ligação dos trabalhadores rurais às propriedades agrícolas acarretava divisões dentro da própria classe do «proletariado rural» (ver Rosas 1994), como é perceptível nas narrativas das pessoas que entrevistei. A primeira diferença estava entre aqueles que «viviam debaixo dos telhados dos patrões» e os que não viviam. Ou seja, «de um lado existiam os *trabalhadores permanentes* (também designados por *concertados*), que normalmente eram contratados anualmente para a realização de um conjunto específico de serviços nas herdades»; do outro os trabalhadores temporários, «recrutados para a realização das tarefas agrícolas mais importantes, como é o caso da ceifa, da monda, da vindima e da apanha da azeitona» (Carmo 2007, 821). Os primeiros viviam, em regra, em casas pertencentes ao patrão e situadas na propriedade onde laboravam.¹⁵ Os outros eram contratados temporariamente,

¹³ José Cutileiro, na sua monografia *Ricos e Pobres no Alentejo* (1977) retrata de forma cuidada os mecanismos de diferenciação e sua valorização simbólica por parte dos grupos sociais em confronto na freguesia alentejana onde realizou o seu trabalho de campo, no final da década de 60. Embora a sua descrição e análise digam respeito àquele contexto em concreto, é fácil perceber que, sendo a distinção de grupos sociais uma realidade transversal ao mundo rural, a importância das estratégias de diferenciação é válida para qualquer contexto, mesmo que as estratégias mudem.

¹⁴ Mais uma vez, o que José Cutileiro escreve para o caso de *Vila Velha* ilustra a realidade social, pelo menos nas regiões de marcada distinção entre grandes proprietários e assalariados rurais: «Os trabalhadores, por seu lado, criticam-nos, apontam os erros que cometem na administração das suas terras e condenam o facto de não trabalharem eles próprios nos campos. Sugerem que a terra deveria ser repartida por aqueles que a merecem pelo seu labor, ao que os latifundiários contrapõem o seguinte ponto de vista: dado que somente áreas extensas são economicamente viáveis, torna-se irrelevante que os seus proprietários trabalhem eles próprios a terra ou não. O que importa é saber administrá-la» (Cutileiro 1977, 61); «Os actuais latifundiários herdaram a terra que possuem e, por conseguinte, defendem e apoiam um sistema no qual se adquire, à nascença, determinado *status*. Os trabalhadores, em contrapartida, nada devem aos seus antepassados, o seu único capital é o seu trabalho, pelo que defendem e apoiam um sistema no qual é a própria nobreza do trabalho que confere determinado *status* ao trabalhador» (Cutileiro 1977, 62).

¹⁵ «Os criados de lavoura encontram-se distribuídos por duas categorias diferentes, que resultam da forma do contrato por que os seus serviços são remunerados: ou são *concertados* ou são de *jorna*. Os concertados ajustam-se por um ano, durante o qual devem servir a casa que os contratou; além de dinheiro, ganham *comedorias* em farinha, carne e azeite, têm casas e às vezes um pequeno quinchoso junto do monte, ou bocadito de terra para uma pequena seara, podendo nela semear, se preferirem, umas favas, uns grãos ou umas batatas [...] Na categoria de concertados estão incluídos: o *ganhão*, os *carreiros*, o *sorrasca* e todos os *ganadeiros*, tais como vaqueiro, pastor, cabreiro, boieiro, porqueiro, etc., bem como seus ajudas» (Vacas 2000 [1944], 31).

conforme o trabalho que houvesse para fazer,¹⁶ vivendo em casas ou cabanas que não eram propriedade dos patrões:

Aquelas que moravam nas casas dos patrões, trabalhavam para aquele patrão, nunca iam pedir[trabalho]. Mas a gente que vivia ou nas nossas casas, ou que fosse umas casas de renda, que não era do patrão, tínhamos que ir pedir onde é que a gente soubesse que tavam a dar trabalho a pessoas, era aí que a gente ia pedir, era aí que a gente ia trabalhar (Mariana, Arez, 2006).

Para além desta distinção, os trabalhos a realizar marcavam também diferenças, sobretudo entre os trabalhadores fixos, ligados às herdades, muitos dos quais eram trabalhadores especializados (Rosas 1994; Vacas 2000 [1944]; Carmo 2007). Entre o proletariado rural, que trabalhava temporariamente, homens e mulheres dedicavam-se a desmoitas, mondas, sementeiras, ceifas, extracção de cortiça, pastoreio. A distinção que existia para as lides dos trabalhadores temporários assentava mais no género e na idade, já que alguns trabalhos eram sobretudo feitos por mulheres (como a monda do arroz e a apanha da azeitona) e outros sobretudo feitos por homens (como a guarda de gado e a extracção de cortiça). Nas palavras de Afonso de Barros, «Era nítida, por conseguinte, a divisão sexual do trabalho. Aos homens cabiam em exclusivo as operações que requeriam determinada especialização; às mulheres competiam unicamente tarefas indiferenciadas, com destaque para aquelas que exigiam um esforço paciente, repetitivo e desgastante. Acrescia que, salvo raros casos, a mulher intervinha apenas como trabalhador eventual» (Barros 1986, 254). Havia ainda trabalhos que eram realizados pelas crianças (chegar pés de arroz às mulheres e homens que andavam a plantá-lo, espantar as aves das searas (*pardaleiros*),¹⁷ subir às grades de tracção animal usadas para alisar campos semeados). Para além das diferenças nos tipos de trabalho desempenhado estava a diferença nas remunerações; os homens ganhavam mais do que as mulheres e estas mais do que as crianças (ver Rosas 1994, 54 e seg.).¹⁸

Em qualquer caso, mesmo com todo o agregado familiar a trabalhar (recorde-se que as famílias eram muitas vezes numerosas, dado o grande número de nascimentos, e que o

¹⁶ O romance neo-realista de Manuel da Fonseca *Cerromaior* retrata de forma detalhada o quotidiano dos assalariados rurais do Alentejo, referindo a sazonalidade dos trabalhos agrícolas e o problema do desemprego temporário ou de longa duração, resultante quer dessa sazonalidade quer das tensões sociais entre proprietários e trabalhadores.

¹⁷ L – Eu comecei a trabalhar a guardar pássaros, a ganhar 3\$00 por dia. Era a espantar os pardais do arrozal.

F – Arranjavam lá uma matraca que era uma tábua com duas partes aqui e depois fazia taca, taca, taca.

L – E andava todo o dia gritando e vá tocando à matraca (Luísa e Firmino, Santa Catarina, 2006).

¹⁸ Segundo um dos entrevistados de Alcácer do Sal, nos anos 40, as mulheres ganhavam 6\$00 e as crianças 3\$00.

trabalho infantil era banal), o rendimento das famílias era escasso e, tanto na memória dos «meus» entrevistados, como no discurso histórico (ver Rosas 1994, 56), supria mal mesmo as necessidades de alimentação; sobretudo atendendo ao tipo de trabalhos realizados e à duração da jornada de trabalho (trabalhava-se «de sol a sol»). Este aspecto é um elemento fundamental do discurso dos entrevistados para caracterizar as assimetrias e injustiças sociais da sua vida passada:

M – Eu uma vez apanhei uma camada de gripe – morava aí debaixo dos telhados desses patrões, nesse tempo – e não me apetecia comer; os comeres ruins e depois a gripe em atacando uma pessoa, tira a vontade, o apetite de comer. E eu fui ter com esse Faria [médico delegado de saúde em Alcácer] [...] eu sentia-me cada vez mais fraco e quanto menos comia mais fraco estava, era trabalhar de dia e de noite, de sol a sol [...] Ele disse-me assim «ó rapaz, tens que comer», «ó Sr. dr. mas eu não tenho apetite à comida»; mas ele sabia que eu, a gente no campo não ganhava para comer bem, ir ao talho buscar carne, aquilo que lhe apetecesse, carne de vaca... e ele «mas tens que comer; tens que comer couve». Ele sabia que tínhamos as hortas aí, plantava-se couve, «tens que comer couve». [...] Vê lá se ele me receitou um bocadinho de carne de vaca, ou se receitou um bocadinho de carne de porco...

J – Não tínhamos dinheiro para comprá-la!...

M – Não tínhamos dinheiro nem ganhávamos para isso! (Manuel e Josefina, Vale de Guizo, 2006).

A estrutura fundiária e a organização social a ela associada mantiveram-se sem alterações significativas até aos anos 60, fruto da influência política dos proprietários rurais, preocupados em defender os seus interesses, em detrimento da modernização (ver Amaral 1994) ou melhoria das condições sociais dos assalariados rurais. Por meio da sua ligação aos poderes local (como a administração concelhia, câmaras municipais, governos civis, direcção da União Nacional) e central (deputados, membros do governo), bem como pela sua influência nos grémios agrários,¹⁹ travavam «as transformações modernizantes, [...] a desestruturação do vasto mundo rural, subprodutivo, arcaico e miserável das coisas pequenas, para que subsistisse o pequeno mundo subprodutivo e arcaico das coisas grandes [...]» (Rosas 1994, 47). O trabalho de José Cutileiro (1977, 57-69) ilustra alguns dos mecanismos de constituição e manutenção de redes de influência e poder que permitiam a manutenção da ordem social agrária que caracterizou grande parte do período de vigência do Estado Novo,

¹⁹ Afonso de Barros, na sua análise sobre o latifundismo, particularmente na freguesia de Albernoa (Beja), reflecte sobre distinções dentro do grupo de latifundiários, relacionando-as com as suas ligações às estruturas de poder locais, regionais e centrais, realçando contudo que «é incontroverso que o espaço local surge como o quadro onde o referido poder [latifundista] encontra as suas raízes e a sua base original de organização» (Barros 1986, 288). Mas esse poder podia estender a sua influência ao plano regional e ao poder central, conforme a própria gradação de poder e influência dentro da classe latifundista (Barros 1986).

nomeadamente os casamentos e as amizades pessoais; ou seja, a influência dos grandes proprietários agrícolas tinha por base relações pessoais que os colocavam directa ou indirectamente em contacto com as instâncias mais elevadas da administração política, podendo mesmo ser nomeados para cargos públicos e administrativos (ver Rosas 1994, 45).

Esta ordem agrária resistiu aos levantamentos dos trabalhadores rurais nos anos 40 (ver Rosas 1994, 363-369), movidos pelo extremar da precariedade do seu trabalho e das suas condições de vida, em resultado da crise ocasionada pela II guerra mundial. Esses momentos de particular agrura são ainda lembrados por alguns dos entrevistados que relatam a sua visão sobre a estratégia seguida pelo governo de Salazar, de exportar o melhor da produção agrícola, piorando a situação de fome do proletariado rural.

Resistiu também às tentativas reformistas de Rafael Duque, ministro da agricultura entre 1934 e 1940 e ministro da economia entre 1940 e 1944 (ver Amaral 1994; Rosas 1991; Baptista 1993), bem como à influência dos grupos industrialistas. Estes defendiam o desenvolvimento da actividade industrial e seu progressivo domínio na economia nacional, contemplando, numa primeira fase, transformações nas formas de exploração e produção agrícola, de modo a servir as necessidades e interesses industriais; porém, depois da II guerra mundial adoptam uma posição crítica à orientação económica do país e defendem a industrialização independentemente da conexão com o sector agrícola (Amaral 1994).

No entanto, a posição defensiva e conservadora dos grandes proprietários rurais sobrepõe-se às ideias de modernização dos industrialistas, até à década de 60. É a afirmação da ideologia do bucolismo rural, do Portugal fundamentalmente agrário.

Esta pretensa identificação das correntes económicas do Estado Novo não é vã ou mero exercício de erudição. Na verdade, os aspectos até agora expostos são transversais à problemática que se revelou nas entrevistas, enquadrando as realidades manifestadas nos discursos dos entrevistados, não como mero «cenário» político, histórico e social, mas como reveladores das forças e agentes em interacção na produção das condições materiais de vida e nas relações de trabalho, que por sua vez condicionam as experiências pessoais sobre a malária. Por outro lado, essas dinâmicas e confrontos político-económicos condicionam também a perspectiva do Estado como principal agente das políticas sanitárias em que a «luta anti-sezonática» se inscreve.

«Mal roupaado, mal calçado, mal comido»: memórias do trabalho rural

As memórias avivam-se e os discursos inflamam-se quando se trata de relembrar a vida de trabalho no campo, «naquele tempo». A nostalgia dos dias de corpo moço e destro confundem-se com a mágoa, por vezes a revolta, das privações e provações a que esse corpo era sujeito, quer por força do trabalho, quer pela pobreza generalizada. A ideia de «sofrimento» perpassa quase todas as entrevistas, sendo frequente o rematar de fragmentos das narrativas com a afirmação «sofreu-se muito»: «Noutro tempo sofria-se muito. Mal roupaado, mal calçado, mal comido!...» (Francisco, Alcácer do Sal, 2006). Trata-se claramente de um «sofrimento social» (Kleinman, Das e Lock 1997), que inclui não apenas o sofrimento físico decorrente da doença, mas o sofrimento provocado pelas privações, «ameaça» da fome, excesso ou violência do trabalho, desigualdade, exploração.

Tendo isto em mente, aos entrevistados parece não fazer sentido falar sobre a malária – episódio esporádico ao longo das suas vidas, pontual e passageiro – sem falar dos outros sofrimentos, os persistentes e inelutáveis, aqueles que, implicitamente, parecem ser os verdadeiros padecimentos, perdendo a malária, perante eles, grande parte do seu carácter limitador e potencialmente destrutivo. O sofrimento surge assim subliminarmente nas entrevistas como elemento comum entre trabalho e malária, raramente se estabelecendo qualquer relação de causalidade directa entre estes dois. Em comum com o trabalho, a malária tem também o carácter marcadamente físico, igualmente presente nos discursos, sobretudo na descrição dos sintomas. As pessoas definem-se e valorizam-se fundamentalmente pelo trabalho físico, descrito com mais ou menos rigor. O sofrimento é físico e individual – fome, frio, dor – mas também social, pois as experiências dolorosas são colectivas e resultam das agruras do trabalho e da pobreza, decorrente das condições políticas e económicas (ver Kleinman, Das e Lock 1997).

Contudo, as entrevistas sugerem percepções sobre esse sofrimento que divergem no tempo; i.e., sugerem que o sofrimento explícito ou implícito nas memórias relatadas não tem agora, para os entrevistados, o mesmo significado que teve no tempo a que se reportam. Desta diferença resulta alguma ambiguidade na rememoração do passado, cruzando-se a avaliação negativa das condições de vida e trabalho com a nostalgia do corpo activo, com o julgamento da superioridade dos valores então associados ao trabalho e com a noção de uma vida social mais genuína:

I – Mas era muito alegre [o trabalho]; era alegre e tudo mais amigo.

M – Era, era alegre; era alegre era. Nos almoços formávamos um bailharico (*sic.*); uma velha cantava uma cantiguinha e a gente dançava e elas mesmo vinham, agarravam-se à gente e começavam a dançar. Muito mais alegre do que hoje! Hoje é uma vida doentia... Desconfiam uns dos outros; e dantes não, não havia essas coisas (Matilde e Isilda, Azambuja, 2006).

Por outro lado, ao longo das muitas conversas, passou a impressão de uma avaliação das condições materiais de vida e trabalho à luz dos modelos presentemente dominantes sobre as relações e leis de trabalho, a opressão ditatorial do regime, as condições de salubridade, a democratização da assistência na saúde. Os discursos dos entrevistados revelam uma espécie de nova consciência retrospectiva, contrastando com a naturalização da sua condição de vida passada expressa no seguinte comentário: «A gente não estranhava porque a gente quando abriu os olhos já foi neste ambiente».

Por outro lado, essa nova consciência sobre a experiência passada pode também redundar – como aconteceu pontualmente, sobretudo entre entrevistados do sexo feminino – em pudor no relato de alguns episódios reveladores de pobreza extrema ou, mais frequentemente, na insistência sobre a veracidade dos relatos feitos e a ideia de que as novas gerações não acreditam nas suas histórias de vida:

E – [...] eu ia e mais a minha mãe – que eu é que sou a mais velha, não é? das raparigas – eu ia com a minha mãe, a minha mãe doente com essas febres das sezões, a coitada, também, mas como tinha muitos filhos, queria ir aproveitar; deitava-se ali, deitava-se acolá. E a gente não levava comer, íamos para muito longe comer porque o saco ia cheio só de rodilhas. Então essas coisas admitem-se?! E agora se eu vou contar isto aos meus filhos...

J – Eles não acreditam! Os filhos não acreditam!

E – Eles até ficam malucos! (Elvira e Josefa, Azambuja, 2006).

A valorização do trabalho, claramente conotado com trabalho físico,²⁰ a sua importância na constituição da identidade, a coincidência entre trabalho assalariado e sobrevivência, implícita nas memórias dos entrevistados, conferem protagonismo ao corpo, sem que este seja directamente mencionado. Trata-se de um corpo ausente (Leder 1990, 1), subjacente às memórias do trabalho e ao problema da malária. Ele é o objecto subentendido dos discursos, quer como intermediário da experiência das coisas do mundo e condicionador

²⁰ Veja-se as considerações de Cutileiro (1977, 76-79) sobre a definição e valorização do trabalho – associado às tarefas agrícolas – na freguesia alentejana que estudou.

da relação com os outros, quer como instrumento de trabalho. É um corpo utensílio, representado como força de produção. O corpo é o «eu», suas capacidades e agruras. Trata-se de um «corpo tácito» (Leder 1990, 83), com funções e objectivos precisos – garantir os meios de subsistência. Ele é percebido intermitentemente, por partes, quando se fala de padecimentos físicos que o tornam temporariamente mais presente, na sua materialidade.

O lugar central e o trabalho circular do corpo – que trabalha para se alimentar e se alimenta para trabalhar – deveria trazer para o campo das preocupações quotidianas qualquer ameaça à força e integridade físicas. Neste contexto, a malária poderia surgir como um elemento destabilizador e intimidativo; mas perde força perante as adversidades permanentes como a má nutrição, a exposição aos elementos climáticos (frio, chuva, calor), a instabilidade laboral, a necessidade de sustentar a família. A malária aparece em último lugar na «hierarquia das necessidades», sendo sobretudo relevantes os seus sintomas, não por revelarem a existência da doença medicamente reconhecida – i.e., indicarem a presença de parasitas no sangue – mas por interferirem nas rotinas (McKinlay 1976, 233, 234) impedindo o desempenho de tarefas indispensáveis à sobrevivência dos indivíduos.

A partir do momento em que os sintomas debilitantes desaparecem, permitindo aos indivíduos prosseguir o seu ritmo quotidiano, a malária perde relevância, torna-se invisível, ainda que a infecção malárica, medicamente definida, se mantenha. Mais do que a questão das diferenças entre concepções leigas e médicas de doença, trata-se de diferenças na relevância dada aos diversos indícios e critérios para caracterizar e definir uma determinada patologia, sendo que os critérios médicos em relação à malária se afastaram progressivamente das concepções leigas, requerendo um conhecimento especializado para a identificação da doença. Esta não depende já da mera interpretação de sintomas mas da detecção de elementos invisíveis, com recurso a técnicas mais ou menos sofisticadas.

A ligação entre trabalho e subsistência, que implica a instrumentalização do corpo, inscreve-se numa certa ordem social e replica-a. Esta decorre das relações e técnicas de trabalho (Shilling 2005, 76-78) e tem, no discurso dos entrevistados, um carácter inelutável, denunciando uma vez mais, a visão fatalista sobre a sua condição passada:

[...] isto é filho mesmo da terra. Isto não dá pr’a... não dá porque é o seguinte, a gente nascemos dentro deste meio... até mesmo que a gente houvesse uma condição para a gente mudar de vida, mas não, o hábito é este: é o que havia o meu pai, é o que havia os meus avós, é... o hábito é este. Lá aparece um que às vezes coisa, mas não... (João, Rio de Moinhos, 2006).

As pessoas pensavam que tinham nascido para a miséria, para trabalhar para os outros (Paulo, Alcácer do Sal, 2008).

Nas entrevistas, trabalho assalariado e aquilo a que Shilling chamou «trabalho reprodutivo do corpo» (Shilling 2005, 73, 74)²¹ convergem, já que os cuidados com o corpo – alimentação, descanso, higiene (mesmo que rudimentar) – são o garante da manutenção do bom estado físico, fundamental para a conservação da capacidade de trabalho e, através deste, da obtenção dos meios de subsistência – sobretudo a alimentação. Essa convergência ou complementaridade é particularmente perceptível se atentarmos no trabalho feminino; para além do trabalho diário no campo, parte fundamental do rendimento familiar, as mulheres tinham também a seu encargo as tarefas domésticas e a alimentação de toda a família, bem como o cuidado dos filhos, depois de uma jornada de sol a sol.

As suas tarefas envolviam a preparação da refeição nocturna da família, o arranjo da casa, a cozedura do pão e a preparação dos alimentos que levariam para mais um dia de trabalho, a lavagem da roupa da casa ou para fora, como suplemento ao rendimento familiar, a higiene das crianças:

F – [...] Cavava lá todo o dia com uma enxada a arrancar mato e à noite trazia um feixezinho de lenha à cabeça para criar os filhos, para chegar a casa e fazer lume. Chegava cá, tinha um candeeiro a petróleo para fazer o comer e tratar daqueles filhos todos, lavar uma roupa – tudo às escuros porque não havia luz; a luz era um candeeiro a petróleo todo mascarrado... Tinha que lavar a roupa mais uma porção... 7, 8 homens...

L – De 9 homens. Sabe como é que ganhava por semana? 10 tostões. Eu mais ela [a mãe] ao cantinho da chaminé ali daquela casinha que tá ali, a gente deitamo-nos era sempre meia-noite. Ela de um lado ao canto da chaminé e eu outro, ela a ensinar-me a remendar; e eu tinha que remendar e quando era 5 horas da manhã íamos para a ribeira, para deixar a roupinha toda lavada, para irmos pegar ao nascer do sol que andávamos caminho de hora e meia (Firmino e Luísa, Santa Susana, 2006).

Não se tinha um fogão para fazer-se o comer; era um lume. Uma data de crianças, à espera da... as nossas mães largavam ao sol-posto para fazer o jantarinho – uma açordita, quase sempre, para o jantar – depois não comiam, deixavam-se dormir... Deitados ali num saco no meio da casa... (Juliana, Arez, 2006)

²¹ «[...] o trabalho do corpo *reprodutivo* está estreitamente relacionado com o trabalho doméstico. Inclui prover as necessidades corporais de alimentação e cuidados físicos do próprio e dos outros, e inclui gerar e cuidar das crianças, a preparação de alimentos e o apoio emocional aos outros» (Shilling 2005, 74).

“Uma Questão Nacional”

D – Às vezes as árvores [sobreiros] tinham aquelas barrigas assim para fora e aquilo era cortado tudo à volta, tirado com muito jeitinho e ali é que se dava banho às crianças e até mesmo para a gente.

M – Mas trabalhava-se de sol a sol! E à noite, não tínhamos luz, era à luz do luar e da noite, e eu, este meu filho do meio – tem 53 anos – fui lavá-lo e disse-lhe «olha filho, põe aqui o pé em cima desta folhagem dos sobreiros» que era para ele não pôr o pé mais onde houvesse terra, para não sujar, porque aquilo já era mal lavado... (Domingos e Matilde, Azambuja, 2006).

A condição da mulher grávida é também referida pelas entrevistadas, servindo para marcar a dureza do trabalho e comparando com o presente, em que as mulheres dispõem de licenças de maternidade:²²

Doutra vez andava a fazer muros de arroz, andava grávida do meu filho – fez ontem 45 anos – no fim de Março andava a fazer muros de arroz – não sei se sabe, é com uma enxada na mão a fazer muros de arroz. Vim-me embora porque veio a água [cheias]; passei com a água já pela barriga – nem sei como o rapaz escapou – depois no dia 10 de Abril tive o rapaz (Elvira, Azambuja, 2006).

J - As nossas mães abalavam do trabalho para ir ter os filhos...

M - Aquela que tá ali abalou mesmo do arroz para ir para casa ter o filho.

J - Depois, tavam uma semana ou duas em casa, ou três, conforme corria o parto e iam trabalhar logo, e iam as avós com as crianças à... ou as irmãs, uma pessoa qualquer que quisesse, iam ao campo levar os filhos à mama. A mãe sentava-se no muro, a pessoa que ia com a criança dava-a à mãe para mamar (Juliana e Mariana, Arez, 2006).

O imperativo do regresso das mulheres ao lar, subjacente à ideologia e legislação do Estado Novo sobre a família como base da sociedade e economia nacionais (Gorjão 2002, 97-101) não fazia parte do universo das mulheres camponesas. Associado à rudeza do trabalho feminino, gerador de promiscuidade entre o trabalho e a maternidade, esbatendo as fronteiras entre família e trabalho, estava também o problema do cuidado dos filhos pequenos, durante as horas de trabalho. Algumas deixavam-nos com as avós; e quando o número de filhos ia aumentando, os mais velhos encarregavam-se dos mais novos. Outras viam-se na necessidade de levar os filhos para o trabalho:

²² Ao contrário dos textos legislativos do início do século XX, regulamentando o trabalho das mulheres e das crianças, a legislação sobre a cultura do arroz, de 1938, não estabelece normas específicas para estes grupos. Apenas os aspectos técnicos da prevenção da malária são contemplados, nomeadamente a questão da protecção aos «ranchos» migratórios.

M - Eu ainda fui com... não era a minha irmã Maria era o meu irmão... eu era a mais velha, com ele ao colo por aqueles muros... calhei a não cair!...

[...]

J - Sofreu-se muito e a gente que era os mais velhos também sofreram bastante. A gente não ia à escola porquê? Não íamos à escola porque fazíamos falta aos nossos pais. A gente tinha que ir trabalhar para a gente comer; tinha que ir ganhar para a gente comer (Juliana e Mariana, Arez, 2006).

O meu mais velho começou a andar atrás de mim ainda não tinha 2 aninhos, e a minha mãe ficava-me com o do meio. E a gente trabalhava de sol a sol e levávamos o... chamava-lhe a gente uma alfofa com o comer para a gente fazer no trabalho; fazer o almoço, fazer o jantar. [...] o meu filho mais velho eu levava-o. Levava-o enroladinho num cobertor e o meu marido punha-o às cavalitas. Chegava lá, deitava-o numa manjedoura dos animais e ele, coitadinho, tava lá até eu chegar para o almoço. E eu depois tratava dele e ele, coitadinho, atrás da gente, assentadinho numa pedra ou numa coisa qualquer. Era a arrancar mato, era... trabalhar no campo, pronto; apanhar azeitona... Quando tava a chover era um guarda-chuva, uma sombrinha aberta, enroladinho numa saquinha, numa daquelas saquinhas de linho... era assim (Matilde, Azambuja, 2006).

E isto não me calhou ainda a mim, mas calhou a algumas, levarem os filhos pequeninos, com meses, metê-los dentro de um caixote e ali estavam as crianças todo o dia deitadas naquele caixote (Elvira, Azambuja, 2006).

É na descrição dos trabalhos no arroz que a grande maioria das mulheres, especialmente as do concelho de Alcácer, mais se demora. Assim, nas descrições desse trabalho, o «mal da monda» ou «rila» sobrepõe-se à malária quer por afectar um maior número de mulheres, quer pela sua persistência ao longo de todo o tempo em que trabalharam nos arrozais. Até aos anos 60 do século XX, a maior parte do trabalho das diferentes fases da cultura do arroz era feito à mão. Os trabalhadores agrícolas, e em especial as mulheres, desempenhavam grande parte das suas tarefas nos campos de arroz sempre dentro de água, muitas vezes de pés descalços, independentemente da estação do ano. O «mal da monda» caracterizava-se pela formação de lesões na pele das partes do corpo que permaneciam mais tempo em contacto com a água, especialmente as pernas. As lesões transformavam-se em chagas dolorosas, de cicatrização demorada porque as pessoas não podiam deixar de trabalhar, e eram curadas com todos os tipos de gorduras ao alcance das mondadeiras, desde a gordura do toucinho do jantar, à massa consistente dos tractores, óleo de amêndoas doces ou pomadas:

“Uma Questão Nacional”

Pés e mãos temos inçado
com um mal que se chama rila
como eu toda a família (*sic.*),
anda tudo desgraçado.
É preciso muito cuidado,
untar com uma pomada.
Em estando a pele curada
já a gente não tem medo.
Eu digo e não faço segredo:
tomara a monda acabada.
(Fernanda, Arez, 2006)

Nos vales do Tejo e do Sado, o trabalho do arroz era particularmente importante, entre as ocupações a que se dedicavam as mulheres, ao longo do ano, por ser o que demandava maior número de braços, inclusive grupos de trabalhadores migrantes. Estes eram provenientes, no caso de Azambuja, das regiões a sul do Tejo, nomeadamente de Coruche, mas também, ainda que em menor número, do Norte (sobretudo das Beiras). No caso de Alcácer, havia também ranchos provenientes de Coruche e mesmo do Norte do país (os «galegos» e os «ratinhos»), mas o maior número de migrantes sazonais provinha do Algarve. Em Benavente, os entrevistados referem-se sobretudo a ranchos de «beiroas». Os ranchos de trabalhadores rurais que sazonalmente se deslocavam sobretudo para os campos do sul desempenhavam vários tipos de trabalhos; mas eram mais frequentes nas épocas de maior exigência de mão-de-obra na produção cerealífera, nomeadamente durante as épocas das mondas e da ceifa, especialmente nos arrozais. Estes grupos eram compostos por homens, mulheres e crianças, por vezes famílias completas, contratados nas suas terras de origem por intermediários dos proprietários rurais.²³

O «trabalho do arroz» estendia-se boa parte do ano, devido às várias fases de preparação, plantio, monda, ceifa e descasque:

A terra era tudo gradado com os tractores... com os tractores, com os bois, naquele tempo ainda era os bois, depois agora ultimamente é que foi os tractores. Tava tudo charruado com os tractores e depois era tudo direito com as grades de pau – havia umas grades de pau com uns ferros – e depois semeava tudo com um semeador – que já havia nesse tempo também semeadores – ou à mão, os homens, e depois a gente [mulheres] a enterrar com a enxada. Descalças, com geadões branquinhos;

²³ Para uma perspectiva mais detalhada sobre o modo de vida destes «ranchos», sua composição e condições de contratação (contratos de trabalho), veja-se Calado (2006).

chegámos a perder [salário] para ir para o fogão aquecer os pés. A gente mal chegasse um bocadinho atrasado era logo descontado (Juliana, Arez, 2006).

Tanto calor, a gente com chapéus na cabeça, metidas em água quase até à cintura, e a água estava tão quente, desmaiava uma para cada lado (Josefa, Azambuja, 2006).

E - Aquilo [canteiros de arroz] estava cheio de água e depois aqueles peixes juntavam-se naqueles viveiros. Depois a água ia saindo, ficavam sem nada; depois começavam a morrer.

J – Tinha um motor de maneira a tirar água para dentro do arroz; o peixe vinha, ficava nos canteiros; depois faltava-lhe a água [morria]. Na ceifa, andava a gente a ceifar e aquele cheiro do peixe.

E – E a gente com um pé de cada lado para não pisarmos a espinha dos peixes... e aquele cheiro pelo nariz?!... (Elvira e Josefa, Azambuja, 2006).

A juntar a todos estes desconfortos, na água do arrozal proliferavam toda a sorte de animais: «rãs, minhocas, pequenos sáurios e ofídios, larvas, sapos e mosquitos» (Pereira 2004, 328), para além das sanguessugas.

Os trabalhos femininos eram mais variados na região de Azambuja, onde se praticavam vários tipos de culturas, havendo também por isso maior facilidade, para homens e para mulheres, de escapar ao problema do desemprego resultante da sazonalidade dos trabalhos rurais. Assim, em Azambuja, para além do arroz, as mulheres trabalhavam também a cavar vinha, nas vindimas, na sementeira e apanha do tomate, na sementeira e «amanho» do melão.

Por seu lado, os homens referem uma grande variedade de trabalhos, dos quais se distinguem, em relação às tarefas mencionadas pelas mulheres, a extracção de cortiça, a guarda de gado e o trabalho com gado bravo (na região de Azambuja). As preocupações são semelhantes, experimentadas a partir dos imperativos do chefe de família, que devia prover à alimentação e protecção da família. Para além dessa preocupação, dominam também as narrativas sobre a precariedade do trabalho e a ameaça do desemprego (equivalente a fome) e as agruras das condições em que se trabalhava:

E eu no fim, de resto, acabou-se aqui essa coisa do arroz, isto aqui não havia trabalho nenhum e eu o que é que pego? A minha mulher fica em casa mais as minhas duas filhas, já grandinhas e eu sem saber o que é que havia de fazer à minha vida. Tínhamos nessa altura uma criação; a minha mulher fritou-me uns ovinhos com um bocadinho de... com bacalhau desfiado, um bocadinho de pão, dentro de um talaguinho e fui além apanhar o comboio, ali à estação de Vale de Guizo [...] fui para perto de Algeruz pedir trabalho pr'às vinhas (Manuel, Vale de Guizo, 2006).

“Uma Questão Nacional”

Então a gente começávamos os viveiros no mês de Março começávamos a fazer os viveiros para o arroz; e naquele tempo não havia botas de borracha. Era com os pés a partir o gelo. E nunca mais me esqueceu, a 9 de Março – agora a data é que eu já não me lembro... o ano é que eu já não me lembro – tava tanto frio, fomos montar os viveiros que era para semear o arroz, o gelo era tanto que as pessoas começaram a desmaiar. E o capataz, «vá tudo cá para fora». Fomos então desmoitar lá para o montado, arrancar mato (José, Alcácer do Sal, 2006) .

Começar a chover em Outubro, deixar de chover em Março, ã? repare, de Outubro a Março sem ficar debaixo de uma telha! Sem ficar debaixo de uma telha! A manta chegou a criar bolor e limos. Eu metia-a num talude de um sobreiro, às vezes, calhando, tava 2 ou 3 dias sem lá ir ou sem... ai minha senhora! (Francisco, Alcácer do Sal, 2006).

Patrões, capatazes, manageiros, feitores, figuras de referência quando pensamos nas relações e hierarquias sociais do mundo rural, aparecem esporadicamente nos discursos dos entrevistados. Os patrões são aqueles a quem se pede trabalho ou que garantem trabalho fixo, explícita ou implicitamente responsabilizados pelas condições laborais e pela pobreza. Fala-se da presença constante do capataz ou manageiro, controlando permanentemente o ritmo de trabalho e as paragens.²⁴ Um dos entrevistados discursa sobre a perfídia dos patrões na região onde nasceu e viveu, contando casos demonstrativos da sua dureza e do comprometimento das autoridades – leia-se, da GNR – com os proprietários locais, em desfavor dos assalariados rurais. Duas entrevistadas recordam um episódio que ilustra as hierarquias entre patrões, feitores e assalariados, bem como os acasos que permitiam, por breves momentos, suspender essa lógica de poder e desigualdade, concedendo uma pequena «desforra» que, no entanto, tinha um preço, seguindo-se o regresso à «ordem»:

Em 1939, quase todas as pessoas tinham aí um bocadinho de trigo em casa; não era muito mas tinham aí um bocadinho de trigo em casa, e ele [patrão] obrigou as pessoas a terem que ir comprar trigo que ele tinha lá para fazer farinha, e as pessoas terem que guardar o deles, não poderem comer do deles. E as pessoas eram obrigadas; tinham lá o trigo em casa mas tinham que ir...

[...]

Nesse tempo havia escravidão por todo o nosso país. Mas não era escravidão do Salazar, era mesmo a escravidão que eles [patrões] faziam [...] A Guarda nesse tempo, chegavam aí à casa dos patrões, comiam e bebiam, tinham tudo, os cavalos tinham comer, os patrões ainda lhe davam um

²⁴ «Entre os trabalhadores rurais ocupados em diversos serviços, tais como desmoitas, ceifas, esgalhas, sachas, etc., feitos em ranchos, há também sempre um de entre todos que dá as ordens da *enrega* e a da *largada*: é o *manageiro*» (Vacas 2000 [1944], 30).

borrego, davam-lhe uma ovelha e coiso... e então os criados, ninguém tinha razão, ninguém podia fazer nada. Se algum refilasse com o patrão, vinha aí a Guarda, tava logo lixado» (João, Rio de Moinhos, 2006).

E – [...] a nossa patroa ia para lá num carro – nessa altura já havia uns carros assim, calhambeques ainda, mas eles lá iam. Deu em chover – a gente ia-se embora por causa da chuva – muito, a estrada era tudo lama... A gente viu a nossa patroa vir, com o carro, depois não pôde seguir, o carro parou, ela parou... depois – era o Maurício [feitor] – agarrou-a às costas, pô-la assim às costas, para passar com ela à lama. A gente éramos raparigas, achámos graça àquilo. Demos em rir todas e bater palmas; [a patroa] era uma mulherça, muito pesada e ele com ela às costas e a escorregar. Ao Sábado quando foi para receber ele não queria pagar à gente, por causa da gente se rir.

J – Antigamente era assim... ninguém podia reclamar. Era a exploração (Elvira e Josefina, Azambuja, 2006).

Nutrição, habitação e malária: incongruências médicas?

Em complemento das narrativas sobre as variedades e fazes dos trabalhos realizados surgem as referências sobre a alimentação e o local onde habitavam. Embora a referência directa ou implícita à pobreza da dieta alimentar esteja presente em quase todas as entrevistas, com algumas menções à fome que alguns passavam, apenas um dos entrevistados refere que chegou a pedir para poder comer. O que os entrevistados consideram fome é uma noção variável nos seus discursos. Por um lado, avaliando retrospectivamente a sua nutrição, consideram que passavam fome porque o alimento era pouco e pouco variado; contudo, parece também evidente que, na época, fome era a total ausência de alimento para si e para a família. E essa era a ameaça constante na vida da grande maioria.

O alimento onnipresente nas narrativas é o pão, base da alimentação dos camponeses. O protagonismo que o pão assumia nas dietas dos trabalhadores rurais surge nas entrevistas simultaneamente como indicador de pobreza, de igualdade entre todos os assalariados rurais e como preventivo da fome enquanto total ausência de alimento. Apenas neste sentido o pão pode ser também percebido como sinal de hierarquização social, nos depoimentos dos entrevistados; i.e., enquanto distintivo de um grupo auto-representado como «destituído» e «pobre».²⁵ Esta centralidade do pão nos hábitos alimentares combina-se com a sua presença

²⁵ Sobre as diferenciações no tipo de pão consumido e seus significados sociais veja-se José da Silva Picão (1983 [1903]) e Cristiana Bastos (1993). Segundo Picão, enquanto os trabalhadores concertados comiam «pão de trigo ou centeio, conforme os usos da ‘casa’» e os carpinteiros da dita casa «sempre de trigo, comendo à parte dos outros serviçais», «a ganharia, carreiros, *carraças* e mais gente de trabalho de fora» comia sobretudo «pão de centeio» (Picão 1983 [1903], 137).

“Uma Questão Nacional”

no ciclo anual do trabalho, quer sob a forma de cereal (o trigo) semeado, mondado, ceifado e moído, quer transformado no pão que se levava para o almoço e o jantar.²⁶ Na lógica da multiplicidade de formas de relação com a terra e da pluriactividade agrícola, o trabalho nos campos de trigo tanto podia ser executado apenas por conta doutrem como também em pequenas parcelas de terra arrendada, pelo que a farinha para o pão da casa podia ser fruto das pequenas explorações familiares; mas também podia provir das pequenas parcelas de terra a que alguns concertados tinham direito. Regra geral, o pão era amassado pelas mulheres e cozido em fornos comunitários; cozia-se pão para o consumo semanal de toda a família.

Dias que a gente amassasse [...] nessa noite nem eu me deitava nem ela [a mãe]. Assim que eu acabava de peneirar, a minha mãe amassava o pão. Amassava o pão... vá! carregar lenha para acender o forno – é uma aldeia ali em baixo que havia um forno. Assim que o forno estava quente [...] vá meter pão para o forno. Era um tabuleiro – ainda tenho um lá em cima – assim deste tamanho... fazíamos sempre nove pães, que a gente fazia, que era para a semana inteira. Vá! vamos pôr o pão ao forno. Apois ficamos lá ao pé dele a guardá-lo até ele estar capaz de sair do forno. Tiramo-lo do forno, metemos em casa, pegamos no cestinho, vá a caminho do trabalho. Para quando nascesse o sol a gente já tar lá ao pé do trabalho (Luísa, Santa Catarina, 2006).

O toucinho, as couves e as azeitonas são também referidos com alguma frequência, seguindo-se o bacalhau e as sardinhas:²⁷

Naquele tempo, fazia-se uma tigela de sopa, era o que se comia, era só pão; pão e sopas. Numa sopinha de batatas, numa sopinha de couve, era o que se comia. [...] A gente era uma sopinha de batata, era uma, chamava-lhe a gente, uma tomatada – um bocadinho de toucinho frito e uma cebolinha e uma mão cheia de tomates ali para dentro, fazíamos uma tomatada (Luísa, Santa Catarina, 2006).

Um bocadinho de pão em cima do outro, que era para ser conduto, um bocadinho de cebola... um bocadinho de pão de milho que os galegos [assalariado rurais do norte] dessem à gente. [...] Também eram escravos como nós, que apareciam aí (Alice, Santa Catarina, 2006).

²⁶ Sobre o ciclo do pão e sua centralidade na vida das populações rurais, práticas e rituais ligados ao «fazer pão», veja-se Bastos (1993).

²⁷ «Na verdade, a carne de porco e demais produtos obtidos na matança constituem, com o pão de trigo, a base da alimentação do alentejano» (Vacas 2000 [1944], 32). A descrição das dietas é semelhante àquela que faz José da Silva Picão, no seu trabalho de 1903, com o predomínio do pão (preparado em sopas, migas e açordas), azeite, toucinho, azeitonas e queijo.

[...] trazíamos meia dúzia de azeitonas, tínhamos um bocadinho de pão, já tínhamos o almoço. Feijanitos com repolho; muitas vezes só o repolho, um bocadinho de toucinho, um bocadinho de chouriço, que era o que às vezes se apanhava. Outras vezes era o azeite, punha-se um bocadinho de pão em cima, era o conduto (Margarida, Alcácer do Sal, 2008).

E só com um bocadinho de pão! Só com um bocadinho de pão, um bocadinho de queijo, às vezes uma sardinhazinha para assar (Etelvina, Azambuja, 2006).

Nas famílias em que algum dos elementos recebia parte do salário em «comedorias» (farinha, arroz, feijão, azeite), o problema da alimentação estava parcialmente resolvido, ainda que os alimentos não fossem suficientes para suprir totalmente as necessidades. Algumas pessoas tinham também pequenas hortas e quintais com criação que, não suprimindo todas as necessidades alimentares da família, permitiam escapar à penúria absoluta, sobretudo nas épocas em que diminuía o trabalho agrícola.²⁸

Juntam-se às narrativas sobre o «comer» as referências sobre as casas ou as condições em que habitavam alguns dos entrevistados. Estes discursos são menos dramáticos do que os associados à alimentação; as casas surgem como objecto narrativo usado para ilustrar a naturalização da pobreza traduzida na naturalização da sua exiguidade, precariedade e despojamento, retrospectivamente avaliados. A descrição das habitações deixa perceber uma variabilidade nos materiais de construção, dependente de se tratar de trabalhadores vivendo «debaixo dos telhados dos lavradores», em habitação própria ou arrendada, bem como da localidade em que viviam e do rendimento familiar. Aqueles que viviam em casas pertencentes aos patrões tinham casas de pedra cobertas de telha. As habitações próprias ou arrendadas podiam ser igualmente de pedra e telha mas podiam também ser de materiais improvisados ou mais simples, como a taipa:²⁹

Eu comprei esta casa [...] mas nesse tempo era em tijolo aí dessa barrada – chamava-se taipa. Era um taipal de um lado e outro do outro, para sustentar a terra, e era jogada aí para dentro, o barro molhado com um regador e depois com a coisa a calcar, e depois tapado de caniços por cima (Manuel, Vale de Guizo, 2006).

²⁸ «Com ou sem quintal, grande número de moradores humildes dos povoados rurais, criam em casa os seus *vivozinhos* – meia dúzia de galinhas um ou dois bácoros de vez em quando, e, por acaso, a sua ovelha ou borreguito e um *barrinho*, o que, de resto, se observa em menor escala» (Picão 1983 [1903], 159).

²⁹ Para mais descrições das habitações rurais, materiais, espaço, objectos e sua utilização, limpeza, etc., veja-se Picão (1983 [1903], 151 e seg.).

“Uma Questão Nacional”

Havia ainda barracas de madeira e cabanas de caniços e madeira, com paredes forradas a sacos grossos, do arroz. Tratava-se muitas vezes de habitações com divisão única ou com o espaço de preparação dos alimentos separado do espaço onde dormia toda a família:

[...] aquela [cabana] da minha mãe só tinha um quarto... era dividida uma parte era o quarto tinha duas camas, que era onde eu dormia com a minha irmã [...] e tinha a cama da minha mãe. O que fazia o outro quarto era a minha mãe à noite punha a colcha assim por cima do leito da cama – era da espécie que tinha os leitos assim altos – é que, faça de conta, que dividia outro quarto. E tinha então a casa de fora onde é que ela tinha alguma coisita – pouca – tinha... onde puseram ali uma mesa com uma calçadeirazinha em cima e umas malas com a roupa e... era assim!... E tínhamos então outra cabana à parte onde fazia a cozinha, por causa dos fogos. Toda a gente tinha outra cabanazita [...] A gente era umas cabanas mas era tudo... era por dentro... fora, caniços e por dentro eram forradas com sacos, cosia-se os sacos uns aos outros e depois forrava-se as paredes todas, depois era tudo caiadinho com cal e tava tudo branquinho lá por dentro (Dionísia, Montevil, 2006).

Para além da descrição do espaço, os entrevistados falam também da falta de comodidade das casas, por comparação com a actualidade. Dentre essas comodidades em falta, o saneamento e a luz são os mais recorrentes:

[...] trazíamos pó até cá acima, à noite não tínhamos uma banheira para tomar banho, não tínhamos nada. Tomávamos banho dentro de uma bacia (Juliana, Arez, 2006).

M – Com casas de gente, com mais gente, como o meu pai que tinha oito filhos. Quer dizer, morreu-lhe um com 5 anos e morreu uma logo à nascença, mas ainda juntou 8 filhos em casa. A gente não tínhamos água em casa, não tínhamos uma casa de banho... a gente não podia andar bem. A gente é que não tínhamos mais nada, senão aquilo; a gente não sabia se tava bem, se tava mal.

J – Não tínhamos luz em casa; era uma candeia de azeite. Hoje é que a gente já estranha (Mariana e Juliana, Arez, 2006).

Os grupos de trabalhadores migrantes eram alojados naquilo a que os entrevistados chamam «casões» ou «quartéis». Tratava-se de edifícios amplos, capazes de albergar várias dezenas de pessoas, e onde se cozinhava e dormia. Estes abrigos foram providenciados por força de uma lei (Decreto n.º 28.493 de 1938) resultante das conclusões dos estudos malariológicos que apontavam a precariedade dos abrigos dos trabalhadores rurais (alguns feitos toscamente com ramos de árvores e casca de sobreiro) como um factor determinante na incidência da malária. Desde os anos 20, prevalecia a convicção de que os mosquitos

transmissores da doença se alimentavam sobretudo dentro dos abrigos e habitações (League of Nations - Health Organisation 1927; Christophers e Missiroli 1933). Esta convicção veio a ser relativizada mas também corroborada para o caso europeu, principalmente depois das investigações dos malariologistas holandeses que observaram que a transmissão da malária naquele país se devia à picada de um mosquito em semi-hibernação nas habitações. Os trabalhos posteriores de Lewis Hackett e Alberto Missiroli, identificando diferentes variedades de mosquitos com hábitos alimentares diversos (ver cap. 3), contribuíram para a identificação de vectores como o *A. maculipennis atroparvus*, única variedade transmissora da doença em Portugal, que se alimentaria preferencialmente ao fim do dia e no interior das habitações e abrigos.

Nos anos 30 e 40, esta noção sobre os hábitos alimentares dos mosquitos transmissores da malária reforçava a importância das características e condições dos alojamentos dos «ranchos migratórios», mas também do estado das habitações das populações locais, nas regiões maláricas.³⁰ A identificação de abrigos e habitações como lugares privilegiados do contacto entre o mosquito e os humanos influenciou os métodos e técnicas adoptados, anos mais tarde, para o uso dos insecticidas de acção residual, durante a campanha para a erradicação da malária (ver cap. 3). E nesse processo, outras dissonâncias se revelaram, entre médicos e população, em torno da utilidade dos insecticidas e do «convívio» entre humanos, parasitas e insectos domésticos (como se verá adiante, neste capítulo).

A lei atrás referida previa a obrigação de os proprietários rurais providenciarem alojamento para os «ranchos». Rolla Hill e Francisco Cambournac publicaram, no final da década de 30 do século XX, artigos com recomendações sobre a utilização da protecção mecânica (redes metálicas e mosquiteiros), nas habitações e nos barracões construídos para abrigar os trabalhadores migrantes (Cambournac 1938; Hill 1938c). Eram essencialmente normativos, apresentando regras para a construção de abrigos destinados a estes grupos, contemplando não só a prevenção da malária, mas também a higiene em geral. No artigo de

³⁰ A mesma questão se levantara nos primeiros anos do século XX, no Brasil, com a identificação do insecto vector da doença de Chagas (tripanossomíase americana), por Carlos Chagas, médico brasileiro, em 1908. Este insecto ocupava sobretudo as paredes de pau-a-pique das habitações rurais. Os efeitos da doença de Chagas e o seu vector juntam-se, então, ao role de argumentos sobre a necessidade de salubridade, civilização e modernização dos sertões brasileiros (ver Kropf e Sá 2009). Por essa altura, embora o uso de redes metálicas nas portas e janelas, para impedir a entrada dos mosquitos nas habitações, fosse um método preconizado para a prevenção da malária, as casas dos humanos e os abrigos de animais não haviam ainda adquirido a centralidade que vieram a assumir, como espaço privilegiado da transmissão da doença. Para a doença de Chagas, as habitações são, até hoje, o lugar principal de prevenção e eliminação da doença, por extermínio do seu vector. É inevitável a comparação com o caso da malária, pela centralidade que a eliminação dos vectores veio a ter, mundialmente, como estratégia privilegiada de erradicação desta doença (ver cap. 3) e pelo carácter invasivo do espaço doméstico que tinham as desinfestações preconizadas como estratégias de controlo de ambas as doenças.

Cambournac, as indicações alargavam-se à vacinação dos indivíduos, protecção e controlo da qualidade dos alimentos, qualidade da água, eliminação de lixos. Este esforço normativo transcendia o campo médico, estendendo-se à agronomia. Alguns trabalhos de engenharia agrónoma apresentavam, com grande detalhe, as boas regras de construção dos alojamentos para os «ranchos»: materiais a usar, compartimentos aconselhados, cubagem, dormitórios, cozinha, refeitório, lavabos, enfermarias, etc. (ver Macedo 1940); tinham em vista proteger a rentabilidade da força de trabalho nas regiões de malária. Estas normas implicavam uma melhoria das condições de trabalho dos grupos migrantes e, indirectamente, transformações nas condições e rotinas da relação entre os proprietários e os assalariados rurais. Contudo, não é certo que essas edificações cumprissem sempre as normas estabelecidas, que os seus ocupantes pernoitassem sempre no abrigo que estas proporcionavam, ou que os considerassem um benefício.

Dos artigos de Cambournac e Hill constam as indicações sobre o tipo de rede e mosquiteiros a usar e a sua correcta colocação e as vantagens conseguidas com a protecção mecânica, já experimentada com resultados promissores na aldeia de Pinheiro, pertencente à herdade com o mesmo nome, na região de Setúbal. Considerava-se que aos SAS cumpria sensibilizar as populações locais para a importância da protecção mecânica, procurando refutar a alegada carestia dos materiais necessários, nomeadamente a rede metálica para proteger portas e janelas. No entanto, nem todas as «casas» eram de alvenaria, com portas e janelas convenientemente instaladas, e nem toda a gente dormia sempre numa cama que pudesse ser protegida por um mosquiteiro (ver Ramos 1944b).

A noção de que o *A. maculipennis* se alimentava fundamentalmente nos abrigos e habitações deixava de fora das considerações médicas a necessidade de proteger os trabalhadores rurais que dormiam «a campo»; i.e., aqueles que dormiam ao relento. Mas, para os entrevistados, o problema dos mosquitos não se resumia à transmissão da malária; pesava mais o desconforto que, fosse qual fosse a espécie em causa, provocavam. Alguns assalariados rurais, não podendo cobrir diariamente as distâncias entre a sua casa e as terras onde conseguiam trabalho, pernoitavam a céu aberto, recorrendo a diversos artifícios para se resguardarem não só dos mosquitos mas também de outros insectos que os atormentavam durante a noite:

[...] sabe onde é que a gente dormia para descansar alguma coisa? Em cima das árvores, como os pássaros. Púnhamos uns paus atados com uns arames ou com cordas e depois aquela prancha de

cortiça e púnhamos lá fetos, que era uma erva, pronto... assim é que a gente dormia, por causa dos mosquitos que não deixavam a gente descansar, nesse tempo (José, Alcácer do Sal, 2006).

A gente dormia, quando era no Verão, a gente dormia no campo; andávamos na ceifa do trigo, a gente dormia no campo. Dormia no campo ali no restolho, com pouca roupa; mas tínhamos um lençolzinho para... a gente dormia assim no chão e depois arranjava umas estacazinhas, paus, à cabeceira e aos pés e atávamos aquilo com um cordel e deitávamo-nos ali por baixo do lençol para não sermos mordidas (Matilde, Azambuja, 2006).

A pouca visibilidade destes casos nos artigos médicos é reveladora de algum desfasamento entre a teoria médica/malariológica e a realidade das condições quotidianas. Os artigos mencionados, resultantes das investigações e experiências desenvolvidas no Instituto de Malariologia (IM), restritas no espaço e nas condições encontradas (laboratorial) e com objectivos essencialmente demonstrativos, expressam o confinamento e especialização da produção do conhecimento sobre a malária, deixando de fora os aspectos que não são científica e medicamente relevantes para a compreensão da epidemiologia da doença.

O desencontro entre as recomendações médicas e as experiências narradas pelos entrevistados, no caso da habitação e da sua resistência aos mosquitos, como noutros aspectos relacionados com a profilaxia da malária, revela também a distância entre as propostas dos médicos e a sua concretização em larga escala, impedida pela fixidez da ordem social estabelecida. As propostas médicas – modestas e «cirúrgicas», na medida em que indicavam alterações restritas aos elementos com influência directa na incidência da malária – não redundaram na erradicação das condições materiais propiciadoras da infecção malárica, indiciando a impossibilidade prática de transformar ou eliminar essas condições, por estarem fortemente associadas à desigualdade e à pobreza, enraizadas em factores sociais, económicos e políticos impossíveis de transformar à força de argumentos sanitários.

A referência ao problema da fome iminente ou manifesta, ou a descrição das casas não são mera curiosidade etnográfica. Por um lado, permitem-nos compreender a razão pela qual o problema da subsistência e vulnerabilidade dos indivíduos secundarizava a malária na hierarquia das suas prioridades quotidianas. Por outro lado, esses dados podem ser confrontados com algumas abordagens médicas sobre a problemática da nutrição e da habitação, directa ou indirectamente equacionadas em relação com o problema da malária. Desse confronto resultam alguns desajustes entre as conclusões e recomendações médicas e

os depoimentos dos entrevistados, expressão da diferença de significados atribuídos às condições materiais e de trabalho que faziam parte do quotidiano dos assalariados rurais.

O problema da alimentação dos trabalhadores rurais em regiões de incidência da malária foi tratado pelos médicos portugueses, com conclusões e perspectivas diversas, segundo os contextos a que se reportam. Entre essas abordagens médicas refiro-me aqui em particular aos trabalhos de Rolla Hill e Francisco Cambournac (1941), de Cambournac e Pitta Simões (1944c), ao relatório de um inquérito dos SAS, realizado por Álvaro Ramos (1944b) na aldeia de Santa Catarina de Sítimos, no concelho de Alcácer do Sal, e ao trabalho de Ferreira de Mira (1948).

Em 1941, Rolla Hill e Francisco Cambournac fizeram, no IM, um breve inquérito sobre a alimentação de algumas famílias de trabalhadores rurais da herdade do Pinheiro, distrito de Setúbal. Concluíram que, apesar de monótonas, as dietas das famílias estudadas podiam «considerar-se relativamente boas ou satisfatórias» – ainda que alguns nutrientes estivessem abaixo dos níveis de referência considerados no estudo – «pois a maioria dos indivíduos pode resistir ou continuar a viver normalmente mesmo que se lhes forneça menor número de calorias, substâncias minerais e vitaminas do que as que aqui foram tomadas como óptimo» (Hill e Cambournac 1941, 701). Ressalvam, no entanto, as vantagens que as famílias estudadas tinham em relação ao geral da população rural, pela sua ligação a uma herdade rica em recursos alimentares variados.

Claramente marcado pelos conhecimentos e normatizações internacionais sobre nutrição, tal como o de Hill e Cambournac, é o trabalho de Cambournac e Simões (1944c), também produzido no âmbito de investigações desenvolvidas no IM. Trata-se de um breve estudo de caso sobre a alimentação de três grupos de trabalhadores migrantes, nas herdades de Zambujal e Pinheiro (que colaboravam com as pesquisas e experiências do instituto no terreno), visando avaliar as qualidades energéticas e nutritivas das dietas praticadas, bem como a necessidade e viabilidade de correcções. O artigo, dando conta das medições e análises (peso dos alimentos ingeridos e seus componentes nutritivos), é breve e exclusivamente técnico, apresentando as tabelas com a avaliação dos nutrientes e calorias consumidos, relacionados com o trabalho desempenhado. Encerra com brevíssimas conclusões sobre a facilidade de tornar as dietas em causa equilibradas, sem qualquer referência a circunstâncias condicionantes, não só da composição e qualidade das dietas, como do modo de as alterar.

O relatório de Álvaro Ramos (1944b) apresenta algumas diferenças em relação a estes trabalhos. É mais abrangente, referindo-se a todos os aspectos da vida material da população de Santa Catarina; descreve alimentação, habitação e roupas, bem como condições de higiene e alfabetização. Relaciona todos estes elementos procurando caracterizar social e economicamente a população em causa e estabelecendo uma correlação destas condições com a incidência da malária e com as dificuldades materiais de um efectivo controlo da doença. Ramos considerava que os trabalhadores rurais de Santa Catarina tinham uma dieta insuficiente em calorias, sobretudo atendendo ao tipo de trabalho que realizavam, concluindo que essa insuficiência resultava da média de salários ser baixa. Não apresenta propostas directas para melhorar a alimentação das famílias – embora considere que é fundamental mudá-la – pois a sua perspectiva leva-o, ainda que subliminarmente, a considerar esta questão como um problema estrutural, decorrente das condições de trabalho da população.

No que respeita à descrição das habitações e suas condições materiais e de higiene, este trabalho é um dos poucos, entre os artigos e monografias médicos analisados, que equaciona o problema colocado pelas características das casas dos trabalhadores rurais à instalação das redes mosquiteiras nas portas e janelas. Ramos vai mais longe e avança com propostas que considera fundamentais para a melhoria das condições de vida da população e para a prossecução de medidas efectivas de prevenção da malária. Num outro trabalho sobre a saúde das crianças com menos de um ano na herdade da Comporta, havia já sublinhado «que as condições económico-sociais constituem um dos factores mais importantes do sezonismo» (Ramos 1944a, 15). Sugere, assim, que os SAS deveriam apresentar um modelo de casas a adoptar nas regiões de malária endémica e convoca a cooperação das autoridades locais, da Defesa da Família e da DGS para a resolução do problema (Ramos 1944b). Note-se que a questão da habitação das populações rurais integrava as resoluções da conferência sobre higiene rural organizada pela Organização de Higiene da Sociedade das Nações (OHSDN) em 1931. Com base na convicção de que a melhoria das condições materiais de vida dessas populações resultaria na melhoria da sua saúde, o problema da higiene das casas surgia como uma questão central nas propostas sobre a organização dos serviços de saúde rurais, apresentando-se recomendações sobre as medidas a tomar (Société des Nations - Organisation d'Hygiène 1931).

O trabalho de Ramos é mais pragmático do que preocupado com aspectos técnicos e científicos; é holista, no sentido em que claramente relaciona as questões da vida material e da malária, com a realidade socioeconómica em que viviam os trabalhadores rurais, resumindo-a

na constatação de que, sobretudo nas famílias numerosas, «praticamente êstes indivíduos consomem a vida para conseguir os alimentos indispensáveis à sua própria existência» (Ramos 1994b, 58).

O trabalho de Ferreira de Mira (1948), sobre alimentação e condições sanitárias dos trabalhadores rurais, na região de Vendas Novas, refere a incidência da malária como resultado das características do terreno onde se situavam as habitações das famílias consideradas no seu inquérito, quase todas próximas de arrozais ou ribeiros. A referência à malária insere-se na avaliação das condições de saúde dos indivíduos considerados no seu estudo, sem sugerir qualquer relação directa entre nutrição e esta doença. Os dados que oferece sobre a alimentação de seis famílias daquela região corroboram aquilo que os entrevistados disseram sobre o seu regime alimentar. Ferreira de Mira conclui que a alimentação dos trabalhadores rurais se pauta, regra geral, pela monotonia, i.e., pela fraca variedade e variação de alimentos nas refeições. Identifica o pão como a base da alimentação da população rural, com os acompanhamentos a variarem conforme a região do país mas sempre pouco diversificados. Identifica carências de cálcio e de algumas vitaminas e aconselha a introdução de alguns vegetais, queijos e mais carne, para suprir essas deficiências. Contudo, considera que o regime alimentar de qualquer das 6 famílias não revela carências «no ponto de vista energético» (Mira 1948, 390). As apreciações e conclusões deste trabalho são técnicas e modestas nas alterações propostas, estritamente relacionadas com a alimentação e salubridade dos terrenos próximos das habitações. Embora a escolha das famílias tenha sido feita com vista a apurar possíveis diferenças entre agregados encabeçados por homens desempenhando diferentes trabalhos, especializados ou não, esta diferença não se traduz nas alterações propostas às dietas. O facto de a modificação dos hábitos alimentares poder ser impossível para algumas das famílias, em virtude das condições socioeconómicas, não é sequer sugerido.

Nos trabalhos de Hill e Cambournac (1941), Cambournac e Simões (1944c) e Mira (1948) não é feita qualquer alusão directa à possibilidade de haver uma relação entre a pobreza das dietas, o enfraquecimento orgânico e a vulnerabilidade à malária; até porque nenhum dos autores conclui pela deficiência absoluta das dietas, nas famílias estudadas, nem pela carência energética. Eventualmente, o interesse do IM pelas dietas dos trabalhadores rurais da propriedade situada na região onde desenvolviam os seus estudos malariológicos prendia-se com a importância de caracterizar integralmente os seus objectos de estudo, no sentido de avaliar as condições de vida destes, segundo os padrões de saúde rural

preconizados pela International Health Division e pela OHSDN. Mas também pode ser visto como avaliação do vigor físico e da saúde dos trabalhadores rurais, já que a importância destes factores na economia rural era o argumento defendido pelos malariologistas para persuadir os proprietários a cooperarem com as suas investigações, bem como a aceitarem as normas estabelecidas pelos SAS para o controlo da malária.

Por outro lado, há ainda a considerar a importância que a nutrição tem para a medicina, sobretudo a partir do período entre as duas guerras (League of Nations 1936a; Porter 1999),³¹ estabelecendo-se definições médicas de fome e tabelas para a regulação e avaliação das dietas (League of Nations 1936a; 1936b, 13-27), numa redefinição da importância milenar dos alimentos na medicina e da sua intervenção na terapêutica das doenças e na manutenção da saúde.³² A nutrição enquadra-se na medicina preventiva, reflectindo também as transformações nos consumos alimentares decorrentes das transformações socioeconómicas e políticas, acompanhadas de um envolvimento crescente do Estado na regulação da qualidade dos alimentos (como acontecia desde o século XIX), nas políticas de produção – nomeadamente as políticas agrícolas (League of Nations 1936a) – e nas normas de transformação e distribuição dos alimentos (ver Helstosky 2000). Essa normatização da nutrição junta-se à avaliação da relação entre pobreza e doença, elementos fundamentais no debate sobre a epidemiologia e o controlo da malária. O problema da nutrição complexifica também o enquadramento da malária, pela eventual legitimação de práticas e técnicas agrícolas medicamente identificadas como potenciadoras da doença e com influência na sua distribuição, mas consideradas importantes do ponto de vista das necessidades alimentares das populações.

Os estudos, conclusões e sugestões sobre a dieta dos camponeses na região de Alcácer e Águas de Moura enquadram-se, então, nos debates e normas internacionais sobre nutrição (e

³¹ «Durante os últimos trinta anos, aproximadamente, e especialmente desde a grande guerra, tem-se verificado um crescente interesse nas questões de nutrição, em consequência dos desenvolvimentos sociais e científicos. Concomitantemente, a questão da nutrição foi adoptada há vários anos pela Organização de Saúde da Sociedade das Nações, que considerou desejável proceder a averiguações em determinados países. Um relatório publicado no Boletim trimestral, em Junho de 1935, por dois dos seus membros, o Dr. E. Burnet e o Dr. Aykroyd, suscitou interesse generalizado.

Na reunião da Assembleia, em Setembro de 1935, no seguimento de um pedido apresentado por doze delegações, houve uma discussão aprofundada deste problema em relação com a saúde pública, por um lado, e com a organização económica e social, por outro» (League of Nations 1936a, 7).

³² Por exemplo, na medicina hipocrática, as dietas eram um elemento fundamental do tratamento das doenças (Porter 1999, 59-61; Estes 2000). Têm o mesmo papel regulador, terapêutico e preventivo em outras medicinas, como a chinesa (veja-se, entre muitos outros, Lu 2000) e a Ayurvedica (veja-se, por exemplo, Trawick 1992). A alimentação e a importância das «dietas equilibradas» e dos «alimentos saudáveis» têm também um lugar de destaque na medicina ocidental, como principal recurso de envolvimento dos indivíduos no controlo da qualidade da sua saúde e da prevenção de doenças (ver Estes 2000).

“Uma Questão Nacional”

na definição «técnica» de «fome»), nos quais o problema da alimentação dos trabalhadores e das populações rurais merecia atenção específica, não só do ponto de vista da saúde dos indivíduos, mas também do impacto dos novos conhecimentos sobre as necessidades nutritivas na produção agrícola, especialmente na Europa (League of Nations 1936a, 69-95), bem como da rentabilidade da força de trabalho.

Mas as conclusões e recomendações desses estudos parecem elidir a questão da alimentação dos assalariados rurais de trabalho e rendimento instáveis, indivíduos mais vulneráveis do que outros trabalhadores agrícolas com vínculos permanentes a alguma propriedade (distinção reconhecida, como se disse, por Hill e Cambournac, 1941). Apenas o estudo de Mira contempla uma família de jornaleiros (de resto, aquela que maiores deficiências alimentares revelou). As próprias conclusões e indicações, que nos trabalhos de Hill e Cambournac (1941) e Cambournac e Simões (1944c) negam a existência de carências energéticas, ainda que apontem algumas deficiências nutritivas, revelam alheamento em relação à dimensão social do problema, reduzindo os aspectos sociais a indicadores. Ilustram a distinção entre a fome medicamente definida e a fome tal como era experimentada (ou como é rememorada a partir do presente), pelos assalariados rurais. A abordagem tecnicista, o centramento nos elementos medicamente mensuráveis e teoricamente mutáveis, são o resultado da vocação prioritariamente científica e laboratorial do trabalho desenvolvido no IM, visando a elaboração de modelos independentes do contexto da sua aplicação. Por outro lado, as alterações nos regimes alimentares propostas pelos médicos, inconsistentes em face das limitações financeiras dos assalariados rurais, não lhes são dirigidas; são recomendações potencialmente dirigidas à comunidade científica e indicativas para os grupos com capacidades decisórias ao nível da saúde, bem como para os «patrões» da vasta massa de trabalhadores rurais, supostamente interessados no melhoramento da rentabilidade do trabalho.

As sezões

É no contexto até aqui apresentado que devemos perceber as concepções dos entrevistados sobre a malária, com principal ênfase para a sua causa e terapêutica. O discurso sobre a malária revela uma noção compósita da doença, cruzando experiências físicas, papéis sociais dos indivíduos, mundo natural e discurso médico.

A dimensão física da malária é um dos aspectos mais marcantes nos discursos dos entrevistados sobre a doença. A primeira referência a esta doença, na maioria das narrativas, consiste na descrição, algumas vezes em linguagem dramática, dos seus sintomas:

Aquilo, na parte da manhã tava que era uma beleza; tomava o pequeno-almoço, começava a trabalhar, em chegando aí para as onze horas, meio-dia, caía-se um frio comigo, e depois, no fim de resto, um calor... quarenta e não sei quantos graus de febre (Domingos, Azambuja, 2006).

D – Aquela febre, aquela febre que se tinha, o corpo tremia todo.

M – É que a gente queria sustar a tremura e não era capaz; batia mesmo o queixo com a febre (Domingos e Matilde, Azambuja, 2006).

A gente ia para o trabalho [...] ao fim de uma hora ou coisa assim começavam a... em pleno Verão! a tremer todos com um frio terrível e a lançar fora; perdia a força, tínhamos que ir embora para casa (Dâmaso, Vale de Guizo, 2006).

[...] a primeira coisa que aparecia era o frio. Era tremer, não havia roupa que fosse capaz de tapar aquele frio. Depois de passar aquele frio, então é que era largar suor por todo o lado... pronto. E depois, isto era 2-3 dias, ao fim de dois ou três... umas febres de quarenta, quarenta e tal graus sempre que aquilo dava (João, Rio de Moinhos, 2006).

[...] sentia logo aquele frio, aquele frio, aquele frio... e depois passava, depois vinha a febre, começava a ter os lábios tudo arrebitado, tudo da febre... bom, no outro dia já a gente sabia, pois passava; aquilo então, passa... tira a vontade de comer mas dura, dura aí uns tantos tempos (João, Rio de Moinhos, 2006).

Aquela sezão era assim: a gente de manhã levantava-se parecia que era capaz de romper Tróia. Quando era daí a bocadinho... aí que malandrice!!! Aquilo não apetecia fazer nada!!! (Francisco, Alcácer do Sal, 2006).

Esta descrição dos sintomas tem implícita a sua popularização, conducente à imediata identificação da doença, sem mediação da autoridade do conhecimento médico. Trata-se de uma classificação impressionista, reconhecendo uma regularidade quase matemática nos acessos febris (a ideia de que se repetiam à mesma hora nos dias de duração da febre) e distinguindo-os segundo a sua periodicidade:

“Uma Questão Nacional”

E havia as sezões, nesse tempo chamavam-lhe as sezões... e era dia sim, dia não: trabalhávamos hoje e amanhã descansávamos; mas descansávamos a sofrer, não deixavam trabalhar (risos) (José, Alcácer do Sal, 2006).

Aquilo durava um dia; no outro dia a gente levantávamos, andávamos... as quartãs era dia sim, dia não; era dia sim, dia não, que era com mais força. E as sezões dava-nos todos os dias; a gente às vezes até nem ia trabalhar (Maria, Vale de Guizo, 2006).

R – [...] havia as sezões, que era dia sim, dia não ou havia as quartãs, que essas eram... as quartãs era quê? de 2 em 2 dias?

D - As quartãs era de 2 em 2 dias mas as sezões... (Rita e Domingas, Benavente, 2005).

Mas é que hoje andávamos boas, a graça era essa, é que hoje andávamos boas e amanhã tavamos com a sezão; e depois era 3 e 4 dias com a sezão; mas quando era os acréscimos era hoje temos amanhã não temos. Chamavam acréscimos: hoje temos, amanhã não temos; no outro dia temos outra vez (Elvira, Benavente, 2005).

M – No outro dia a mema... aquilo era a quase sempre à mema hora

D – Era todos os dias; chegava ali àquela hora, pronto...

M – Chegava ali àquela hora começava a ter febre (Matilde e Domingos, Azambuja, 2006).

A classificação feita segundo a periodicidade leva a que alguns distingam as «sezões» das «quartãs»; mas a diferenciação que estabelecem prende-se exclusivamente com os intervalos de acesso febril, sem que diferenciem a causa das febres ou o modo de as debelar. Qualquer das febres se resume fundamentalmente, na percepção dos entrevistados, ao desconforto físico e ao impedimento de prosseguir com os ritmos quotidianos do trabalho.

O corpo manifesta-se como lugar da experiência da malária. É por referência à capacidade de trabalho que grande número dos entrevistados caracteriza esta doença, tornando o corpo duplamente presente na sensação dos sintomas e na disfunção da sua actividade física regular. No quotidiano, o corpo é alvo de uma atenção indirecta, expressa na importância dada à subsistência dos indivíduos e suas famílias. A malária, geradora de incapacidade de desempenhar as funções social e individualmente esperadas, revela o corpo através da violência dos sintomas, ainda que passageiros, interrompendo o curso «normal» do tempo. Na experiência de todos os entrevistados, essa interrupção das funções e tempo da «normalidade» incorporada é transitória, tendo a duração de algumas horas distribuídas por

alguns dias alternados. A malária era, por conseguinte, uma doença intermitente, não implicando incapacitação permanente ou prolongada.

O discurso sobre as causas da malária corrobora o carácter compósito das representações relacionadas com a doença, bem como algumas divergências em relação às concepções estritamente médicas. Estas divergências não constituem obstáculos à procura dos recursos biomédicos para o tratamento da malária ou à aceitação das intervenções médicas. Se nem todas as propostas médicas eram seguidas, particularmente aquelas que se prendiam com a protecção mecânica, tal deveu-se tanto a questões económicas, como a discrepâncias na definição da causa da malária e na percepção de «risco», como ao seu lugar na hierarquia das prioridades dos indivíduos, ou à orientação das estratégias seguidas pelos próprios SAS.

Segundo as definições biomédicas actuais, o mosquito *Anopheles* é o único vector da malária humana, infectando-se quando pica indivíduos infectados e infectando outros indivíduos ao picá-los. Ao explorar a questão da causa da malária nas entrevistas, encontrei explicações mais ou menos elaboradas mas raramente restritas à concepção biomédica, ainda que clara e incontornavelmente influenciadas por ela.

As referências aos mosquitos, recorrentes nas entrevistas, não se prendem exclusivamente – nem mesmo especialmente – com o seu papel de vector da malária; antes, os mosquitos são sobretudo mencionados como uma presença constante e incomodativa, a que era difícil escapar, quer porque fossem em grande número e impossíveis de controlar no exterior e no interior das casas, quer porque às vezes se dormia ao relento, exposto às investidas de todo o tipo de insectos. Para os entrevistados, dormir «a campo», dormir «aos mosquitos» não era relevante do ponto de vista da malária mas era ilustrativo da miséria e das provações físicas pelas quais passaram. Nesta perspectiva, a associação entre a exposição aos mosquitos e a malária não era imediata.

Os insectos que faziam parte do quotidiano das pessoas surgem amiudadas vezes nas entrevistas, ilustrando a pobreza e a diferença abissal entre a vida passada e o presente, o «atraso» em que se vivia. As pulgas, os percevejos, as moscas, os piolhos (catar os filhos fazia parte das tarefas das mulheres), os mosquitos são mencionados para significar a falta de higiene ou os incómodos a que estavam expostos, mais do que percebidos como transmissores de doenças:

Estas casas aqui enchiam-se de mosquitos, sabe o que era que se usava para os mosquitos? Era um fogareiro como aquele que está além, cheio de ciscos, cheio de murraça e uma fumaceira, parecia

“Uma Questão Nacional”

que estava dentro de um forno, um calor que nem um corno; eu não sei como é que a gente não morria de falta de ar. E as casas não tinham estas janelas; tinham uns respiradores, uma coisa de nada. E nesse tempo pulguedo; uma pessoa entrava dentro de uma casa destas, nesse tempo [...] uma pessoa levantava aqui as pernas, as calças para cima, até se via as pulgas a subir pelas pernas acima (Manuel, Vale de Guizo, 2006).

A minha mãe usava – aquilo deitava mau cheiro mas tinha que ser – usava assim uma coisa qualquer velha, uma bacia velha de esmalte, ou qualquer coisa, e punha trapos velhos a queimar e aquilo deitava aquele fumo e o mosquito não gosta de fumo. Punha-se ao pé da porta era para ver se eles não entravam (Dionísia, Montevil, 2006).

M – A minha mãe... tinha muito eucalipto, ia às folhas de eucalipto, fazia aqueles fumos, as melgas desapareciam.

E – E bonicos de burro. Bonicos de burro, fazia-se um monte, ateava-se o coiso, aquilo ia ardendo, as melgas iam desaparecendo (Maria e Elvira, Azambuja, 2006).

D – [...] a gente tinha que se aguentar, esfregava-se às vezes era com um bocadinho... um dente de alho ou uma coisa qualquer assim parecida ou eucalipto, na pele, no que estava à vista e outras vezes – ainda fiz isso muitas vezes – tar deitado mais a mulher, ou tar deitado mais os outros companheiros cá no campo e o que é que a gente fazia, íamos aos bonicos do burro, ou do cavalo ou doutra coisa qualquer, punha-se assim à cabeceira...

M – Punha-se a arder... (Domingos e Matilde, Azambuja, 2006).

Mas as referências aos insectos que infestavam as casas e roupas dos humanos revela também uma visão das desinsectações levadas a cabo pelas brigadas dos SAS não totalmente coincidente com o propósito que os serviços atribuíam a essas acções:

I – Quando havia casas com muita pulga, muita pulga, era o Mário Jorge que ia com outro Sr. chamado José [...] iam com um aparelho desinfectar as casas; uma desinsecção que davam às casas, com DDT.

M – O DDT era para as pulgas, para os percevejos... (Isilda e Matilde, Azambuja, 2006).

De resto, um antigo funcionário dos SAS explicou que «as pessoas deixavam-nos entrar em casa mais porque julgavam que aquilo matava... mais por aquilo matar as moscas. Nunca ninguém pensou nos mosquitos. A gente obrigava ou a tapar ou depois lavarem bem as

loijas. Mas era mais... deixavam mais era a luta contra as moscas» (António, Benavente, 2007).³³

Os mosquitos não eram, portanto, particularmente «diabolizados» por ligação com a malária. Por um lado, porque a malária se dilui nos percursos biográficos dos indivíduos, por outro, porque o mosquito não é, regra geral, a única causa reconhecida da doença:

As sezões foram talvez causadas pelos arrozais. Que a gente andávamos semanas e semanas metidos na água; aquela água aquecia com o calor, não é? e além disso bebia-se muitas águas impróprias. Bebia-se águas da borda da reveza [...] águas impróprias!... e dali é que se deu as sezões, pois foi; derivado à alimentação e às águas – foi mais às águas. Depois, aquilo criava muitos mosquitos e os mosquitos é que transmitiam as sezões (José, Águas de Moura, 2006).

Mas o causador não é isso, a origem. A origem das sezões era as águas estagnadas [...] pântanos, o arroz. Não sei se vocês se lembram bem, naquele tempo, nós andávamos a mondar o arroz, fazíamos (xxx) e enterrávamos no charco (xxx) apodrecia e gerava a podridão das águas. É isso e mais nada. Eu estive lá 3 anos, foram os piores anos que tive na minha vida. Só não morri foi porque não calhou (Manuel, Benavente, 2005).

R – A gente bebia águas muita ruins!...

D – Águas já muito quentes, dentro das bilhas, de estarem à espera de serem bebidas!...

R – Bebíamos águas muita ruins naquele tempo... tudo isso atribuía àquela doença (Rita e Domingas, Benavente, 2006).

[...] apanhamos desse peixe [do arrozal], arranjam, fritamos... nesse tempo, a gente não podia chegar àquele que vinha do mar, comíamos aquilo e se calhar nesse peixe também vinha a matéria que fazia malária (*sic.*) (Dâmaso, Vale de Guizo, 2006).

Estes depoimentos sugerem a relação da água, sua «podridão», do calor e da putrefacção de matérias vegetais no seu interior, com a infecção directa dos humanos. Revelam, assim, uma espécie de sincretismo ou ecletismo nas representações da etiologia da malária. As explicações médicas sobre o papel do mosquito na transmissão da malária acrescentam-se a outras causas reconhecidas para a doença, passadas ao longo de gerações e

³³ Se, no caso português, essas diferenças de significado dos tratamentos com DDT e dos insectos não foi causa de tensões e conflito aberto, no México, esta diversidade gerou violência, durante a campanha de erradicação da malária. A propósito da interferência da pulverização com DDT com o equilíbrio das «relações» entre os humanos e os parasitas domésticos, Marcos Cueto refere o problema levantado pelo aumento do número ou da actividade dos percevejos, em aldeias tratadas com DDT. Esta mudança na intensidade da acção destes parasitas foi interpretada como efeito directo do uso daquele insecticida, gerando resistência activa aos membros das brigadas que realizavam as pulverizações (Cueto 2007).

que remetem também para outros discursos médicos sobre eflúvios miasmáticos (ver cap. 2). O discurso dos entrevistados revela a apropriação e reinterpretação dessas noções médicas passadas e presentes sobre a malária e sobre as causas das doenças em geral. Trata-se de concepções forjadas no contexto das experiências individuais e colectivas, dos percursos biográficos e das relações com o meio.³⁴ As concepções miasmáticas sobre a etiologia das doenças, dominantes até ao advento das teorias bacterianas, traduzem a inexistência do conceito de causa específica iniciado por estas teorias e aproximam-se mais da perspectiva impressionista dos entrevistados. A explicação miasmática remetia as causas gerais das doenças para condições climáticas e ambientais; os miasmas eram «exalações venenosas exsudadas por matéria animal em decomposição, vegetação apodrecida e águas paradas» (Porter 1999, 259). As febres, e particularmente a malária, eram expressão privilegiada da influência do meio sobre o organismo, pois a experiência demonstrava que as pessoas residindo em áreas húmidas e pantanosas eram particularmente afectadas pelas febres.

Nas terras onde o cultivo de arroz é secular ou quase secular, mais facilmente se verifica o cruzamento das concepções miasmática e parasitológica, mutuamente exclusivas no discurso médico do século XX. Nos discursos leigos, a cadeia de transmissão mosquito–homem–mosquito é reformulada pela noção de que o mosquito se infecta nas águas paradas e insalubres onde pousa e se reproduz, provavelmente herdada da ideia «fixada no imaginário colectivo» (Pereira 2004, 326), de que a malária era proveniente do arroz:

[...] vinha aqueles bichinhos pequeninos, que a gente chamava-lhe as melgas, por aí fora, mordiam na gente, pronto! Vinham infectadas lá do arroz, pronto (Maria, Azambuja, 2006).

O mosquito apoquentava a gente na monda do arroz porque a gente dormíamos a campo. Andávamos todo o dia dentro de água a mondar o arroz, quando chegava a noite, chegava ao sol-posto, ia para onde havia o acampamento – aí 30 ou 60 ou 80 ou 100 pessoas – cada qual apanhava uma mão cheia de fetos dali do campo, fazia uma camazinha, plantava uma manta por baixo outra por cima, tapava-se, dormia ali a noite. No outro dia de manhã [...] para dentro do arroz outra vez. Trabalhei muito assim. E então, a gente apanhava muita picadela do mosquito. O mosquito naquele tempo andava envenenado, havia pessoas tudo cheio das sezões.

[...] o mosquito tem uma coisa venenosa que anda no campo. Aquilo o mosquito é... deve ter sido umas águas deterioradas (José, Águas de Moura, 2006).

³⁴ Esta questão está de certa maneira ligada aos argumentos de Bjorn Claeson, Emily Martin, Wendy Richardson, Monica Schoch-Spana e Karen-Sue Taussig (1996) sobre a «literacia científica» e a possibilidade de os leigos produzirem «conhecimento implícito e integrado» cruzando os discursos científicos a que têm acesso com as suas circunstâncias e experiências pessoais.

A relação entre arrozais e malária é comum às teorias miasmática e parasitológica, ainda que segundo perspectivas muito diversas: na primeira, o próprio arrozal é o foco das emanções miasmáticas; na segunda, o campo de arroz é um lugar privilegiado de proliferação dos *Anopheles* transmissores da malária (ver cap. 2). Estas duas perspectivas cruzam-se claramente no discurso dos entrevistados sobre a origem da malária, quando estes se referem aos arrozais.

Contudo, o discurso dos entrevistados não reduz a causa da malária à cultura do arroz nem há qualquer referência a movimentos sociais contra a orizicultura, relacionando-a com a insalubridade dos locais. Mesmo entre os entrevistados de Azambuja, localidade onde o incremento da cultura do arroz, durante os anos 30, suscitou muitas críticas e contestação (ver cap. 2), as pessoas não têm memória de agitação popular contra os arrozais. A inexistência de conflitualidade ligada à associação entre orizicultura e malária, nos depoimentos dos entrevistados, revela a circunscrição temporal desses conflitos, dos quais não existe já memória viva. Os arrozais são antes o lugar onde, principalmente as mulheres, conseguiam trabalho durante grande parte do ano e de onde tiravam o seu sustento. No entanto, em carta datada de cerca de 1942, dirigida por João Branco Núncio a Francisco Cambournac, director do IM, dando conta dos resultados da rega intermitente em um dos seus campos de arroz, encontra-se uma anotação manuscrita dizendo que «devido à falta de medicamento, os trabalhadores não queriam trabalhar na lavra para não apanharem sezões e por essa razão as mondas não foram feitas a tempo [...] Só em Agosto o I.M. conseguiu arranjar medicamento e então os trabalhos seguiram normalmente».³⁵ Este episódio ilustra a popularização dos medicamentos antimaláricos e a importância destes recursos terapêuticos, bem como das instituições que garantiam a sua distribuição, para a economia rural, pelo menos na região de Alcácer. Sobre outras implicações e significados sociais desta acção, nomeadamente o papel do binómio arrozais–malária na expressão de tensões sociais que o transcendiam, podemos apenas especular por falta de referências que os contextualizem; mas tratou-se de um episódio curioso, num período de forte repressão sobre movimentos populares, especialmente nos campos do sul.

O reconhecimento do papel do mosquito como transmissor, não inibe que alguns entrevistados tenham um discurso ambíguo neste ponto, manifestando dúvidas, por vezes

³⁵ Núncio para Cambournac, 1942(?), documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

“Uma Questão Nacional”

fundamentadas pela comparação entre a medicina de hoje e a da época em que o mosquito fora identificado como o principal responsável pela infecção malárica:

Mas eu... sempre houve arroz e sempre houve melgas, eu não sei, às vezes como isto agora está... a medicina está assim... eu não sei dizer bem como é que é, não é?, aumentada e eu estou na impressão que se fosse agora, naturalmente isso era mais bem descoberto e não seria só das melgas. Porque a gente tomou-se às melgas mas não sabemos. Então se há melgas à mesma!... e sezões não há (Elvira, Benavente, 2006).

Isso era o que a gente pensava [que o mosquito era o transmissor]; mas hoje há mosquitos à mesma e as sezões não há (Dâmaso, Vale de Guizo, 2006).

A questão da resistência à malária, recorrente na literatura médica e particularmente frequente no contexto português, em virtude das considerações sobre os territórios africanos e a imunidade ou resistência da sua população, aparece também no discurso de alguns entrevistados. Nestes depoimentos, a resistência é relacionada com o clima e a idade, expressando-se na comparação entre a vulnerabilidade dos naturais das zonas endémicas e dos grupos de trabalhadores migrantes que sazonalmente se deslocavam para essas regiões. Assim, descrevem com algum dramatismo os grupos de «beiroas» que em Benavente soçobravam à doença:

C – Ali da Barrosa havia uma carroça que andava sempre a acartar! Chamava-lhe a gente «as beiroas»...

P – Algumas que estavam mais perigosas...

C – Não podiam andar, tinham que vir de carroça para aqui que era onde é que elas ficavam, todas doentes (Conceição e Perpétua, Benavente, 2005).

R – Vinha um rancho da Foz, chamava a gente o rancho da Ti Mila... No chão, todas deitadinhas... pareciam ovelhas deitadas. Todas elas corriam em suor.

M – Então olha lá, ó Rita, e quando a porta aqui da sala ainda não estava aberta que elas deitavam-se mesmo no cimento cá na rua?

R – Pois, até na rua se deitavam...

M – Tudo a gemer, tudo a gemer... (Rita e Maria, Benavente, 2005).

Noutros casos, explicam claramente que esses grupos eram menos resistentes por inadaptação ao meio que encontravam nas regiões aonde se deslocavam para trabalhar:

Essa gente que vinha aí de fora trabalhar, de Coruche, isso era terrível; chegavam a estar 5 e 6 pessoas nos quartéis, onde é que dormiam de noite, com sezões. Ainda morreram algumas pessoas com sezões, chamavam-lhe as sezões ruins. Gente que vinha aqui do Alentejo trabalhar e tinha as sezões não se aguentavam. A gente resistia porque já estávamos habituados ao clima e aquela gente não estava. Vinham para aqui, depois tinham que se ir embora. Eu estou convencido que a parte que existiu mais sezões foi aqui e no Ribatejo (Dâmaso, Vale de Guizo, 2006).

Vinha gente do Algarve trabalhar para aqui para o arroz, com um clima muito diferente, chegavam aqui hoje, quando era amanhã já estavam... já estavam... e aquilo era... os mosquitos, eram picadas pelos mosquitos e aquilo transmitia logo. Amanhã aparecia uma febre terrível!

[...] A gente estamos... pronto, a gente estávamos aqui aclimatados a isto, a gente já... a gente mesmo aqui a gente já passava sem... que a gente não tinha sezões. Não tinha, não tinha, não dava mas o corpo estava... tínhamos já o corpo aclimatado àquilo, pronto, não dava. Agora as pessoas que viessem de fora, isso não se safavam de maneira nenhuma; nenhuma (João, Rio de Moinhos, 2006).

Os entrevistados referem-se também à resistência à malária comparando os casos de infecções em crianças e jovens com as infecções nos mais velhos, concluindo que estes eram mais resistentes e que o maior número de mortes se verificava entre as crianças:

Os nossos pais, praticamente, tinham menos esta doença que a gente. Eram mais velhos, resistiam. Agora a gente nova, isso era tudo a eito. Os nossos pais resistiam mais; eram mais velhos. O sangue também era capaz de ser melhor, mais resistente (Joaquim, Benavente, 2005).

[...] isto atacava mais as crianças mais novas; assim as pessoas mais de idade não atacava tanto, mas as pessoas assim 15 anos, 16 anos, 12, 13, crianças mais pequeninas, era quem atacava mais (Elvira, Benavente, 2005).

Esta interpretação da imunidade como resistência, influenciada por factores inerentes à constituição dos indivíduos mas também por factores externos, climáticos, aos quais o corpo se adapta (habitua), cruza elementos retirados da observação e experiência pessoal de casos de malária ao longo dos anos com modelos médicos sobre a imunidade adquirida à doença.³⁶ A persistente exposição aos mosquitos, o clima, a resistência do sangue, combinam-se para explicar a imunidade, expressando o pluralismo de modelos explicativos inerentes à própria

³⁶ A literatura médica colonial tem múltiplas referências à «aclimação», no sentido de adaptação dos europeus ao ambiente dos «trópicos»; no problema da aclimação a malária tinha um lugar de destaque (veja-se, como um dos exemplos mais eloquentes da medicina portuguesa, os trabalhos de Manuel Ferreira Ribeiro [1890, 1897]). Sobre a questão da imunidade à malária, veja-se, por exemplo, Litsios (1997). A questão da imunidade a diferentes espécies de parasitas da malária é também tratada pela genética que a relaciona com mutações do sangue (ver Litsios 1997, 113, 114; Lavinha 2001; Richards 2008).

“Uma Questão Nacional”

concepção da malária, sua origem e transmissão. Nesta ideia compósita de resistência, e ainda que seja directamente referido por um número reduzido de entrevistados, o sangue tem alguma relevância como o elemento onde se manifesta a malária, que é infectado, envenenado mas também como aquele que cria resistência. Esta centralidade do sangue na concepção da infecção malárica está sobretudo expressa na referência, essa sim generalizada, à «pica da orelha», procedimento que todos definem como método de recolha de sangue para análise e confirmação do diagnóstico de «sezões», indispensável para que lhes fossem dados os medicamentos antimaláricos.³⁷

Curar as sezões

O facto de algumas pessoas reconhecerem à acção dos SAS o desaparecimento progressivo da malária, não corresponde ao reconhecimento dos antimaláricos como único remédio legítimo e eficaz para a malária. Como se disse atrás (cap. 3), o director dos SAS, Fausto Landeiro, propôs-se «inquirir [...] quais os conhecimentos que as nossas populações rurais possuem sobre o mal que tão freqüente e duramente os fustiga» (Landeiro 1943, 88), tendo por objectivo afinar métodos, veículos e agentes de «propaganda higiénica», não só para a profilaxia e tratamento da malária, mas também para a higiene rural em geral. Coube aos funcionários dos postos, estações e dispensários anti-sezonáticos conduzirem um pequeno inquérito, elaborado por Landeiro, junto dos utentes dos serviços. Este contemplava como variáveis a idade, o sexo, a profissão e a alfabetização. As questões colocadas pretendiam dar conta das noções populares sobre as causas da malária («A que são devidas as sezões?»), o seu modo de transmissão («Como as apanhou?» e «Como se transmite a doença?») e a terapêutica («Qual o tratamento que fêz?») (Landeiro 1943, 88). A maior parte das pessoas que responderam ao inquérito eram jornaleiros e não sabiam ler. Os resultados conseguidos, apresentados num quadro, são uma espécie de «esboço etnográfico», surpreendendo, segundo Landeiro, pela expectativa inicial de respostas «cheias daquela fantasia permitida, quer pelo desconhecimento da génese do mal quer pelo habitual recurso à mézinha milagreira» (Landeiro 1943, 88, 89), que guiara a elaboração das perguntas.

³⁷ Enquanto a menção à recolha de sangue no lóbulo da orelha é recorrente nas entrevistas, a apalpação do baço apenas é referida duas vezes, por pessoas entrevistadas em Benavente. A «pica da orelha» inscreve-se na sequência dos procedimentos pelos quais os entrevistados diziam passar no posto anti-sezonático, reconhecendo mesmo, em alguns casos, espaços diversos no edifício para as diferentes etapas entre a admissão, o diagnóstico e a distribuição dos medicamentos.

As narrativas sobre artes de curar e remédios estranhos à prática médica estavam presentes na literatura produzida por médicos que se dedicavam à antropologia, etnografia ou história da medicina, principalmente durante a primeira metade do século XX (por exemplo, Gonçalves 1917; Saavedra 1919; Pina 1931, 1953; Carneiro e Lima 1932; Lima 1938; F. C. Lima 1944). Estes trabalhos realçavam a distinção entre a medicina científica e a matéria médica, de um lado, e a medicina popular e as mezinhas, rezas e benzeduras, de outro. Estas resumir-se-iam à cura dos sintomas, com total indiferença pela causa das doenças. No entanto, os médicos não rejeitavam em absoluto a eficácia de alguns remédios caseiros (Gonçalves 1917) e notavam que «grande parte da sabedoria médica do Povo escorreu ou saiu dos livros médicos de outros tempos que, por seu turno, na mesma sabedoria popular ia recolhendo elementos para as sucessivas edições impressas dos livros da Medicina oficial» (Pina 1953,2). Por outro lado, esta literatura médica etnográfica sobre a «medicina popular» definia também o mundo rural como supersticioso, insalubre e iletrado.³⁸

Landeiro centrou-se nas mezinhas, aspecto pitoresco e mais eloquentemente contrastante com o «rigor» do conhecimento médico, para defender a necessidade de educação e propagando dos métodos «certos» para o tratamento da malária. Registou a combinação de remédios caseiros com os antimaláricos do «posto das sezões», ainda que as mezinhas fossem, segundo o autor, menos referida do que esperado, «talvez porque muitos tivessem pejo em confessar que haviam recorrido a essas práticas» (Landeiro 1943, 89). Entre os remédios mencionados pelos inquiridos, encontram-se vários dos nomeados nas entrevistas que realizei em Benavente, Azambuja, Águas de Moura e Alcácer do Sal: macela (marcela, segundo os «meus» entrevistados), folha de eucalipto, fel da terra, tremoços, aguardente com alho, vinagre com alho. Landeiro refere ainda «o serenar as poções», ou seja, a sua exposição

³⁸ O inquérito de Landeiro encontra algum paralelismo – com as devidas diferenças de escala, abordagem, recursos – nas entrevistas sobre a malária realizadas no sul dos EUA, durante os anos 30 do século passado, analisadas por Humphreys (2001). Mas lembra também os trabalhos de antropologia médica aplicada, da década de 50 do século XX, ligados à saúde internacional. Marcos Cueto refere-se à colaboração de antropólogos com as autoridades sanitárias, no México, durante as décadas de 50 e 60, bem como o seu envolvimento crítico na campanha de erradicação da malária, naquele país. Destaca os trabalhos desenvolvidos no México por George M. Foster, antropólogo americano pioneiro da antropologia médica, com larga experiência de trabalho com organizações governamentais ligadas à cooperação na área da saúde, e seus colaboradores. Apesar da sua empatia com «alguns aspectos das medicinas tradicionais» e a sua sensibilidade às diferenças em jogo no confronto entre as comunidades rurais e os programas de saúde do Estado, «o seu objectivo final era persuadir a população rural de que a medicina Ocidental e a higiene pessoal eram melhores do que as medicinas tradicionais e domésticas e identificar factores culturais e sociais de resistência aos programas médicos, nas áreas rurais» (Cueto 2007, 120). Contudo, no caso específico da campanha de erradicação da malária, Cueto confere aos antropólogos uma intervenção discreta mas crítica, reveladora das muitas diferenças na definição e significado da doença e dos elementos medicamente associados a esta, denunciando a inadequação do programa proposto pelas autoridades, por ignorar esta diversidade entre as comunidades rurais mexicanas.

ao sereno da noite, como um procedimento frequentemente mencionado pelos inquiridos, o que também aconteceu com as pessoas que entrevistei.

Apesar do seu comentário sobre a possibilidade de alguns indivíduos omitirem o recurso a remédios caseiros, interpreta a baixa percentagem de «mezinheiros» em relação com a elevada percentagem daqueles que não haviam recebido qualquer tratamento (65%), como demonstração de que «a grande maioria da população, conhecedora desde há muito do tratamento específico da doença, despreza toda e qualquer medicação que não seja a apropriada, preferindo nenhum remédio a qualquer panaceia, de antemão, sabida de inseguro efeito» (Landeiro 1943, 93).

Mas, entre os «meus» entrevistados, a busca da cura para a malária revela o mesmo ecletismo de concepções encontrado na sua causalidade, mesmo para quem reconhece os méritos do «posto das sezões». Talvez por ser fundado na necessidade pragmática e imediata de restabelecimento da capacidade de trabalho, para os assalariados rurais, a concepção de tratamento da malária não coincidia exactamente com a noção de cura preconizada pelos médicos. Esta obedecia a modelos cientificamente fixados para que se pudesse considerar que um indivíduo estava realmente curado, implicando a inexistência de parasitas no sangue, verificável apenas por técnicos especializados, através da análise de uma amostra de sangue. Para os entrevistados, mais importante do que curar a malária, do que a presença de parasitas, era fazer desaparecer os sintomas causadores de desconforto físico e exaustão, que os impediam de fazer o seu trabalho:

[...] aquilo fica no sangue, o paludismo fica no sangue. Pronto, começa-se a governar mas se for fazer umas análises acusa logo o paludismo. Mas a pessoa governa-se (João, Rio de Moinhos, 2006).

Para esse efeito, tanto serviam os medicamentos dados no posto das sezões como os remédios e chás preparados em casa. As entrevistas revelam a familiaridade com o quinino, referência dominante entre os remédios para a malária que recebiam no posto. Outros medicamentos são mencionados, como as «teberinas» ou «tiburinas» (atebrina) e os «tabulotes», designação de alguns dos entrevistados para os antimaláricos sintéticos que foram introduzidos ao longo do tempo. Mas os entrevistados revelam também familiaridade com remédios caseiros e chás, remetendo o conhecimento sobre a sua preparação para o domínio dos saberes populares, domínio das mulheres mais velhas. Esses remédios e chás eram elaborados por mães e avós, ou aconselhados pelos vizinhos e preparados pelos próprios

doentes. Estamos perante recursos terapêuticos que são propriedade do grupo de pertença dos entrevistados, conhecimentos produzidos e reproduzidos dentro desse grupo que, se eram especialmente controlados por alguns indivíduos, não possuíam o mesmo grau de especialização dos recursos médicos e estavam mais ou menos imediatamente acessíveis a todos.

Das entrevistas transparece a aceitação dos serviços oferecidos pelos postos e estações anti-sezonáticos, incorporados no quotidiano dos indivíduos de acordo com a sua percepção da doença, caracterizada por sintomas distintivos que todos reconheciam, auto diagnosticando-se e procurando nesses estabelecimentos sobretudo o alívio dos sintomas. Esta dimensão pragmática e circunstancial na concepção da malária e dos meios de a debelar legitima também o ecletismo de recursos adoptados para esse fim – aquilo que na antropologia médica se designa por «pluralismo terapêutico» (Beckerleg 1994; Whitaker 2003; Agdal 2005). Assim, os remédios caseiros eram tomados em paralelo com os medicamentos distribuídos pelos SAS. Em Benavente, Azambuja, Alcácer do Sal e aldeias deste concelho, a «marcela» dominava entre as ervas usadas contra a malária. Trata-se de uma planta rasteira de flor miúda de cor amarela, que nasce nas charnecas e matas. Com a flor fazia-se um chá, adjectivado como «muito amargoso». Outras plantas referidas foram a erva-férrea, o piorno, a raiz de alteia e a erva «seca ossos».

Para as sezões era, olhe era água da marcela que aquilo parecia veneno!... ai, nunca fui capaz de beber; para a febre, ai mas aquilo era tão amargoso, tão amargoso, mas tinha de ser coisas amargas para combater as sezões. E os tremoços de molho e beber aquela água que também era muito amargosa, eu sei lá... (Juliana, Arez, 2006).

D – Era a marcela fervida, coisas amargas, que estas pessoas sabem...

M – Aquela marcela amarela. Aquela que criava aquela cabecinha com flor amarela; a erva do campo... (Domingos e Matilde, Azambuja, 2006).

A gente cá fazia era um chá da marcela e chá da erva-férrea, as nossas mães; depois punham ali na rua, dentro de uma tigela, coava aquilo e dava... e púnhamos na rua (a minha mãe tinha uma janela), chamavam as nossas mães – a gente agora já não diz isso – a asserenar. Deixavam na boca dos potes e depois de manhã, em jejum, bebíamos aquilo, aquela água da marcela. Era muito amargosa!... (Maria, Vale de Guizo, 2006).

“Uma Questão Nacional”

O paralelismo entre o amargo do chá de marcela e de «piorno», bem como da água dos tremoços, em relação ao amargo do quinino é evidente e não será casual (também Landeiro [1943] reconhece este possível paralelismo). Esta é a característica dominante nas descrições sobre o quinino e sobre os chás, especialmente o chá de marcela. A predominância desta característica comum indicia uma eventual identificação entre o facto de serem amargos e as propriedades febrífugas reconhecidas a todas essas substâncias; ser amargo é a marca da propriedade anti-pirética, é o indício legitimador das ervas, assimilando-as ao quinino. Apesar das persistentes referências às ervas usadas para a malária, as pessoas explicavam apenas vagamente que se faziam uns chás e que eram receitas conhecidas das mães, da «gente antiga», receitas que nunca dominaram com rigor. É difícil dizer se a referência vaga e a incapacidade, com raras excepções, de explicar como se preparavam os chás e remédios caseiros resultam de genuíno desconhecimento, ou se se devem à intenção de guardar segredo, ou ao pudor de reconhecer alguma credibilidade a essas terapêuticas.

Para além das plantas medicinais, são também mencionados outros remédios combinando vários ingredientes:

[...] era o rabo-de-bacalhau de molho em água e aguardente, depois bebia aquilo de manhã em jejum (Domingos, Azambuja, 2006).

Sabe o que a gente bebia muito para isso? Era uma aguardente muito fraquinha que havia, com açúcar... mas quando a gente bebia isso não podíamos tomar quinino (Maria José, Azambuja, 2006).

Eu cheguei a beber vinagre, com um dente d’alho a asserenar, à noite, e depois de manhã, vinagre. E depois tinha que me ir logo lavar todo! Veja bem! Vinagre, com um dente d’alho a asserenar e no outro dia de manhã beber aquilo em jejum! Pólvora, chegava-se a beber pólvora com aguardente!!! Veja lá... (José, Alcácer do Sal, 2006).

[...] aguardente com rabo de bacalhau torrado, sabia tão mal! (Rosa, Benavente, 2005).

Contudo, apesar de terem recorrido por iniciativa própria aos tratamentos caseiros, os entrevistados não revelaram mais fé nesses remédios do que nos comprimidos que lhes eram dados no «posto das sezões». As características da malária, permitindo várias reinfecções e mesmo recidivas com meses de intervalo, a dificuldade em aceder rapidamente ao posto das sezões, bem como a centenária incorporação do uso de plantas na terapêutica caseira do

mundo rural, contribuía para o pluralismo de recursos, sem que nenhum tivesse a supremacia.

O ecletismo terapêutico vai a par com o ecletismo das interpretações da causa da malária. Ao mesmo tempo, denuncia um aspecto que, embora não directamente referido pelos entrevistados, está implícito no seu discurso sobre a malária e que é o auto-diagnóstico. É evidente, pelo conteúdo das entrevistas, que as pessoas não recorriam ao posto das sezões em busca de um diagnóstico ou sequer da confirmação de um diagnóstico; recorriam aos SAS para obterem alívio dos sintomas, percebido como cura. Os sintomas que descrevem na sua caracterização da malária eram sinais suficientes para estabelecerem, por si mesmos, o mal de que padeciam. Iam ao posto pedir os comprimidos de quinino, as «teberinas» ou os «tabulotes»; mas como o resultado da «pica da orelha» nem sempre revelava a presença de parasitas no sangue, contrariando o diagnóstico que para si próprios haviam estabelecido ou, no caso dos trabalhadores migrantes, contrariando o desejo de levar uma reserva de comprimidos no regresso a casa, «levavam sacos cheios de sementes de piorno. Como não levavam medicamento levavam daquilo para tomar lá» (Campos, Alcácer do Sal, 2005).

Apesar da integração e reformulação das representações médicas sobre a malária nos seus discursos, para os entrevistados, a malária não representava um risco porque não era algo que realmente se pudesse evitar; acontecia se tivesse que acontecer, «era uma epidemia que andava aí» ou que «veio e durou muitos anos» e a que as pessoas estavam sujeitas como consequência das características naturais dos locais onde habitavam e trabalhavam. Era uma fatalidade, tal como a sua condição social, «era o que tinha de ser». Por conseguinte, a ideia de prevenção não tem relevância no discurso dos entrevistados sobre a malária. Apenas os médicos, com os seus comprimidos de várias cores e os seus produtos desinfectantes lograriam acabar com a doença:

Foi tudo derivado aos tratamentos desses médicos das sezões que acabaram com isso. Esses comprimidos que a gente tomava, medicamentos [...] até que desistiu completamente. Foi um mal que desistiu completamente (Dâmaso, Vale de Guizo, 2006).

Eventualmente, a percepção da absoluta vulnerabilidade a condições e ameaças exteriores, independentes e incontroláveis pela vontade e acção dos indivíduos, favoreceria a aceitação e procura dos recursos oferecidos pelos médicos dos SAS. Procurava-se a cura e não a prevenção daquilo que era concebido como uma fatalidade para a qual «não havia resguardos».

“Uma Questão Nacional”

A fraca expressividade das medidas profiláticas individuais reforça a ideia da secundarização da malária, em face de necessidades quotidianas mais urgentes na vida das famílias de assalariados rurais, bem como da insignificância do conceito de prevenção, em favor da cura. A premência da satisfação das necessidades básicas de sobrevivência, o pauperismo das habitações, uma atitude fatalista em relação às condições de vida e à presença inelutável dos mosquitos, a escassez de recursos financeiros, o número reduzido de mortes atribuídas à malária e mesmo o ecletismo na explicação das suas causas contribuíam para a desvalorização da necessidade ou possibilidade de a evitar. Mas a quase inexistência de estratégias de profilaxia individual pode também traduzir, por um lado, o favorecimento da estratégia de tratamento dos infectados, em detrimento da protecção mecânica, pelos próprios SAS; por outro lado, pode ser interpretada como resultado da secundarização da protecção mecânica, com a introdução do recurso à desinsectação, utilizando insecticidas de acção remanescente, estratégia que se tornou comum em Portugal depois da II guerra mundial.

Outro aspecto indicativo do ecletismo interpretativo sobre as causas e origem da malária, bem como do pluralismo terapêutico é a referência recorrente entre os entrevistados – homens e mulheres – aos desejos ou apetites, cuja satisfação é, em alguns casos, associada à subsequente cura radical da malária:

Tava lá e dá-me uma sezão, a tremer todo, mas que me apetecia comer um bocado de pão e linguiça?! Digo eu assim para a mulher: «olhe minha Sra. desculpe lá mas dê-me lá já aí um pão e um bocado de linguiça que já me acaba de fazer o avio». Eu a tremer todo, a pedir um bocado de pão e linguiça. Diziam as pessoas «você vê que aquilo que é remédio?» (José, Alcácer do Sal, 2006).

Aquilo [malária] dá assim grandes apetites; assim: «Eh pá se aparecer um sardineiro parecia que comia uma caixa de sardinhas!», comprei uma dúzia de sardinha – acredite que é puro – não comi nenhuma! (Francisco, Alcácer do Sal, 2006).

A minha mãe tinha uma açordinha de batatas para o almoço; e eu apetecia-me bacalhau assado – bacalhau assado na brasa – e eu disse para a minha mãe «oh mãe, ta-me a apetecer um bocadinho de bacalhau». E eu disse assim «oh mãe, parece eu que ficava bem...» e ela pôs-lhe um bocadinho de azeite e vinagre em cima e eu comi aquilo tudo com um gosto!... E até hoje nunca mais tive sezões (Lurdes, Palma, 2006).

Outros casos de cura radical incluem apetites de bacalhau frito com alho, de vinho bebido directamente da pipa, de laranjas. Não se trata, como mostram os exemplos, de desejos

por comidas «exóticas», ou seja, por alimentos a que as pessoas não acediam normalmente. Na verdade, o bacalhau e o vinho eram presenças regulares na dieta alimentar dos assalariados rurais. Penso que a questão dos apetites tem mais expressão na quantidade (como no caso da ideia de comer um cabaz de sardinhas, ou do beber o vinho directamente da pipa), do que no tipo de alimentos, embora o bacalhau seja recorrente. A questão dos apetites prende-se, de qualquer modo, com os excessos alimentares ou, pelo menos, com as excepções na rotina alimentar, por referência à dieta monótona e pouco abundante, bem como à ameaça da fome, que marcava o quotidiano da maioria dos entrevistados. De facto, dos discursos sobre os desejos depreende-se uma ligação entre a doença e esse apetite inusitado. Como se a doença, tal como a gravidez, representasse um período de excepção, com regras diversas da rotina quotidiana, dando ao doente um estatuto excepcional. Este estatuto de excepção – especialmente quando o doente era uma criança ou adolescente, caso da maioria dos entrevistados que relataram curas radicais depois de verem satisfeito o seu desejo – confere à malária o carácter de pretexto para a «transgressão» de limites impostos pela condição social dos indivíduos, talvez no ponto (a alimentação) em que esses limites eram, ao mesmo tempo, mais significativos na auto-representação da classe dos assalariados rurais e mais facilmente superáveis, ante a exiguidade de recursos.

Por outro lado, e como atrás se disse, a alimentação sempre teve um lugar central na medicina pré-bacteriológica, sendo a qualidade e quantidade de alimentos ingeridos muitas vezes apontados como causa dos estados mórbidos ou desequilíbrios funcionais do corpo, bem como determinantes do temperamento dos indivíduos. Para além deste papel na manutenção do equilíbrio geral, as dietas sempre foram fundamentais como recurso terapêutico, seguindo as classificações dos alimentos como quentes e frios, estimulantes ou lenitivos, leves ou pesados (ver Estes 2000). Assim, havia alimentos proibidos ou recomendados conforme os estados mórbidos. A questão dos apetites e sua relação com a cura radical da malária cruza, uma vez mais, concepções leigas com modelos médicos que progressivamente se convertiam em traços da medicina popular, ao serem descartados pela ciência médica. Alexandre Lima Carneiro e Fernando de Castro Pires de Lima, médicos que também se dedicaram à história da medicina e à etnografia, na primeira metade do século XX, fizeram uma recolha sobre a «medicina popular» em algumas freguesias do Minho, onde deixam bem patente essa distinção entre a «medicina científica» e as «etnomedicinas». Estas são tratadas como curiosidade etnográfica, com listagem dos remédios caseiros e plantas usadas para o tratamento de doenças específicas. Nesta lista constam também as *seções* que,

“Uma Questão Nacional”

apesar de, segundo os autores, não serem vulgares no Minho, tinham ainda assim remédios associados; entre eles, e tal como em Trás-os-Montes ou no Algarve (segundo os autores), a convicção de que «se um impaludado tiver um desejo de comer qualquer coisa e o satisfizer, fica curado» (Carneiro e Lima 1932, 22).

O posto das sezões

A multiplicidade de recursos socialmente legitimados para fazer frente à malária em nada parece interferir com a familiaridade revelada pelos entrevistados em relação às estações e postos anti-sezonáticos. A familiaridade pode ser quase assumida no sentido literal da palavra, se olharmos ao depoimento de alguns entrevistados de Benavente, cujas memórias de infância incluem episódios passados no «posto das sezões», durante os primeiros anos do seu funcionamento, como a participação num filme de propaganda sobre as actividades anti-sezonáticas, idas ao cinema com as visitadoras, ou os jogos de ténis dos «senhores doutores»:

Neste sítio que a gente estamos era aonde esses senhores tinham isto vedado e jogavam ao ténis; e esta menina que está aqui [aponta para si] andou muitas vezes a apanhar as bolas do ténis que saltavam ali para a estrada – porque o hospital tinha um muro mais alto, muito mais alto que o que está agora. Mas a idade prometia e... e corri muita vez a subir aquela escada que é agora o escritório – não a posso subir – para ir buscar caixas de bolas... (Conceição, Benavente, 2005).

A procura voluntária dos serviços oferecidos por aqueles estabelecimentos não se explicará por uma exposição regular e continuada a intervenções médicas, se atentarmos nas memórias dos entrevistados. Alguns diziam claramente que «usava-se pouco ir ao médico» e que «a gente cá há uns anos atrasados era quase tudo era à base mais de ervas». A assistência médica em Portugal, especialmente nas áreas rurais, era fraca, desorganizada e, na memória dos entrevistados, absolutamente inexistente,³⁹ com excepção dos SAS. Existiam médicos particulares a quem os entrevistados recorriam em casos excepcionais, por não poderem pagar:

³⁹ Como se disse atrás, neste capítulo, existiam as casas do povo, bem como a assistência das Misericórdias, embora não em todas as localidades. Por exemplo, de acordo com um relatório da International Health Division, sobre as investigações levadas a cabo no Instituto de Malariologia de Águas de Moura, em meados da década de 30 do século passado não havia médicos em Águas de Moura, Landeira e Pinheiro (Pauline A. Mead, «Malaria Field Studies in Portugal», s.d., p. 7, pasta 21, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC).

Aquilo, já se sabe, a gente somos pobres, não íamos ao médico. O médico era ir ao posto das sezões; não havia cá outro a não ser o médico particular que era o Dr. Jaime, o Sr. Dr. Mayer, que era os únicos médicos que havia cá em Azambuja [...] Nós só tínhamos um posto médico para os pobres. Quem tinha mais alguma bagalhozazinha é que corria outros médicos. De maneira que era só o posto das sezões, era o nosso desafogo. Tivesse sezões não tivesse, era o nosso desafogo era irmos ao posto médico, ao posto das sezões. Não era posto médico, era o posto das sezões que se chamava (Isilda, Azambuja, 2006).

A espontaneidade das populações no recurso aos postos anti-sezonáticos pode ser percebida como resultado do costume do uso do quinino no tratamento da malária; a proximidade dos funcionários dos SAS às populações locais; a gratuitidade do serviço, num tempo em que a escassez de socorros na saúde era a regra; a associação entre serviço de saúde e assistência aos pobres.

O quinino popularizou-se como o remédio por excelência para as febres intermitentes, quer nas colónias europeias quer na Europa, sobretudo a partir de meados do século XIX (ver cap. 1, n. 8). Por conseguinte, quando as estações e postos anti-sezonáticos começam a funcionar, nos anos 30 do século passado, distribuindo quinino às populações afectadas pela malária, este não representava uma novidade terapêutica para essas populações, ainda que estas não o usassem profusamente por não ser de distribuição gratuita ou por muitos não terem acesso aos serviços de um médico ou de um boticário. Como vimos, no início do século XX, a legislação sobre a cultura do arroz estabelecia a obrigatoriedade de os proprietários distribuírem gratuitamente o quinino aos trabalhadores infectados com malária (Ministério do Fomento - Direcção Geral da Agricultura 1916, 158), determinação reafirmada com a criação da Direcção de Serviços Anti-Sezonáticos (Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura 1938b, 501). A perspectiva de assistência e tratamento gratuito em caso de doença era publicitada não só pela circulação da informação entre as pessoas, mas também pela acção dos próprios funcionários dos SAS. Os médicos dos postos e estações deste serviço não eram naturais das vilas onde faziam o seu trabalho. A maior parte deles não eram sequer residentes de longa data; passavam a residir na vila quando tomavam posse do cargo. Para além disso, nem sempre permaneciam no mesmo posto por muito tempo. Contudo, algumas visitadoras, os microscopistas e os técnicos encarregados da «caça» aos mosquitos, da «luta anti-larvar», e mais tarde da desinsectação, eram recrutados entre a população local. Deste modo, não só estavam mais próximo dos modos de vida locais, mas também integravam redes de sociabilidade que permitiam disseminar os princípios legitimadores do seu trabalho.

Há a considerar como variante a esta perspectiva a questão das diferenças de classe social, por vezes preconizadoras de barreiras de comunicação. De facto, esses técnicos eram recrutados entre os grupos sociais alfabetizados, quase sempre residentes nas vilas e não nas aldeias em seu redor. No entanto, pertenciam, em regra, a grupos sociais que não se diferenciavam radicalmente dos trabalhadores rurais, pois não pertenciam à classe dos proprietários, ou seja, não pertenciam às elites locais e, muitas vezes, não tinham mesmo conotações com cargos influentes da administração pública. Assim, a sua ligação às comunidades onde exerciam o seu trabalho e a regularidade da sua acção nos campos e nas aldeias, tornavam-nos presenças quotidianas, que alguns dos entrevistados conseguiam nomear e até indicar como interlocutores privilegiados para contarem como era «no tempo das sezões». Técnicos das brigadas de desinsectação e visitadoras venciam as barreiras da desconfiança mais pela familiaridade com o meio e os indivíduos, do que pela preocupação em tornar inteligível e desejável a sua acção. No entanto, constituíam intermediários entre os SAS e a população, veiculando paulatinamente os discursos sobre o mosquito transmissor e sobre os antimaláricos.

Esse papel mediador não impede que haja poucas referências às visitadoras e que as lembranças das desinsectações sejam sucintas, resumindo-se essencialmente ao facto de que tinham que arrastar e cobrir o recheio das casas. Talvez pela familiaridade nas relações com os técnicos dos SAS, para lá das suas funções, pela inteligibilidade fluida do seu trabalho e aquiescência naturalizada em relação a este, pela presença episódica dessas pessoas no quotidiano da população (nas habitações, as desinsectações ocorriam uma vez por ano e realizaram-se durante poucos anos), elas se tornassem imperceptíveis. As entrevistas sugerem que eram sobretudo as pessoas que se sentiam «atacadas pelas sezões», quem recorria às estações ou postos anti-sezonáticos, em busca dos comprimidos de quinino. No entanto, especialmente em Azambuja e em Benavente, algumas pessoas falam das visitadoras, «quase tudo senhoras que iam visitar as casas, iam ver se havia alguém com a doença». O controlo sobre o tratamento ambulatorio seria, a avaliar pelos depoimentos recolhidos, fundamentalmente técnico e pragmático, visando resolver situações concretas e sem envolver grandes explicações sobre os procedimentos a que eram submetidos os indivíduos ou preocupações pedagógicas. Tratava-se de uma acção assente no princípio de autoridade, uma estratégia vertical de resolução de um problema medicamente definido e identificado e em que a intervenção e o controlo directo privilegiavam sobretudo as crianças:

Eu sei que tive sezões também; tinha 7 anos e andava na escola. Tinha 7 anos – 7, 8 anos – e eu tinha muito medo das injeções... iam-me buscar mesmo à escola para vir... era uma data de gente a agarrar-me para me dar a injeção. Ficava combinado eu ir lá àquela hora levar a injeção; a senhora dispensava-me da escola para ir lá ao posto levar a injeção mas, claro, eu calava-me muito bem calada e a senhora também com os trabalhos e com os outros miúdos, se calhar passava-lhe. Não dizia nada, mas apareciam-me lá as enfermeiras para me ir buscar (Deolinda, Azambuja, 2006).

E a mãe da menina Argentina e a menina Argentina [visitadoras]... e então punha assim na mão e com um coisinho de água e dava à gente; eram uns amarelos, eram outros azuis. Lembro-me ainda, parece que estou a ver os comprimidos como sendo hoje – e com isso é que afastou. Eu, os meus irmãos, uma vizinha da minha mãe – a Aidinha – ia lá também... íamos todos tratar das sezões. As nossas mães não tinham posses para comprar as coisas para a gente – tomara eles coitaditos dar um bocadito do pão – e então a gente ia lá ao hospital para pedir. Eles davam de graça e a gente ia lá tomar... (Natália, Azambuja, 2006).

A função/acção educativa do pessoal dos postos e dispensários anti-sezonáticos, com o intuito de recrutar a participação da população sensibilizando-a para meios práticos e quotidianos de profilaxia ou para a importância da desinsectação nunca foi mencionada pelos entrevistados, pelo que considero que era pouco expressiva, uma vez que não está referida também na produção médica sobre a questão da malária. O catálogo da exposição realizada pelo Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Francisco Cambournac e pela Câmara Municipal de Palmela, sobre o antigo IM, apresenta reproduções de cartazes incentivando os trabalhadores rurais a usarem redes nas portas e janelas e mosquiteiros nas camas, especialmente nas camas das crianças. O incitamento à protecção individual contra os mosquitos baseava-se no argumento pragmático da necessidade de manutenção da força física e da capacidade de trabalho; ou no desvelo maternal das mulheres pelos seus filhos. Contudo, quer os documentos médicos quer os depoimentos dos entrevistados revelam pouco empenho nas medidas profiláticas, que ficavam quase totalmente dependentes da iniciativa de cada um.

No que respeita ao papel dos postos anti-sezonáticos na assistência gratuita à saúde nas áreas rurais, importa também analisar a sua relevância social e política. O enquadramento político e social do trabalho rural, inspirado na ideologia corporativista, pode ajudar a explicar o envolvimento do Estado no controlo da malária, doença que afectava sobretudo a população rural, e com maior incidência na região sul, zona de conflito social latente. Cutileiro (1977, 90, 91) refere-se à preocupação das autoridades e proprietários locais com os limites razoáveis de miséria e necessidade do proletariado rural. Refere-se sobretudo à preocupação

manifestada quanto à nutrição dessas classes, especialmente em meados dos anos 40 do século XX, período em que se atravessava um momento particularmente penoso, em virtude da escassez resultante da II guerra mundial. Essa preocupação humanitária seria também, e em parte, fundamentada pelos interesses económicos dos proprietários, que não podiam ver-se privados de um grande número de braços, nem empregar uma força de trabalho que de força teria apenas o nome.

Na interpretação da função dos SAS e dos estabelecimentos na sua dependência deparamo-nos, uma vez mais, com a multiplicidade de actores e significados congregados em torno da malária: satisfaziam os interesses económicos dos proprietários necessitados de braços vigorosos e de meios para remediar a relação de causalidade entre arrozais e malária, socialmente reconhecida; minimizavam as agruras da vida do proletariado rural, reduzindo, desse modo, os riscos de agitação e conflito aberto (embora existissem, como se disse, outros mecanismo assistenciais e mesmo repressivos); respondiam às convicções científicas, interesses profissionais e humanitarismo dos médicos ligados à saúde pública que, como vimos (caps. 3 e 4), se empenharam na organização desses serviços.

Independentemente das intenções e motivações por trás da criação dos SAS, que não seriam iguais para todos os agentes envolvidos, os postos, estações e dispensários anti-sezonáticos eram, para além das casas do povo, dos poucos recursos médicos totalmente gratuitos (assistência e terapêutica) a que as populações rurais tinham acesso; e isso era um elemento fundamental na sua popularização. A conotação entre os SAS e a ajuda aos pobres não seria directa e imediata; mas é possível que o facto de os postos de Benavente e Azambuja terem funcionado sempre no edifício do hospital da Santa Casa da Misericórdia e o de Alcácer ter iniciado a sua actividade também em instalações daquela instituição, tenha contribuído para facilitar e popularizar a acção desses estabelecimentos, entre as populações rurais da área geográfica que serviam. Os postos anti-sezonáticos seriam, eventualmente, conotados com a assistência oferecida pela Santa Casa, instituição de larga influência e popularidade na assistência à saúde das classes economicamente desfavorecidas.⁴⁰

⁴⁰ «[...] as Misericórdias contribuíram, como nunca tinha acontecido, para criar uma tal condição essencial [apoio na doença].

Assistiu-se, por isso, no País, ao que hoje se pode considerar a primeira grande e definitiva reforma da prestação de cuidados de apoio na doença [...] E este apoio na doença acompanhou-se, daí em diante, da prestação de cuidados humanitários ou assistenciais dirigidos para o objectivo de assistir as pessoas nas suas condições ou situações precárias de pobreza, fome, incapacidade e infelicidade, procurando ajudá-las a solucionar os seus males ou a aliviá-los» (Ferreira 1990, 105).

Para aqueles que procuravam o «posto das sezões», este era um lugar de excepção na topografia do quotidiano, definido não só pelas pastilhas «amargosas», pela «pica da orelha» ou por corpos «estirados» no chão em tremuras de febre, mas também por pernas ágeis galgando escadas em demanda de bolas de ténis e laços lilases no cabelo, usados para o filme a preto-e-branco onde se encenava e ensinava a «luta anti-sezonática».

Considerações finais

As muitas malárias

Tomando a malária como eixo desta pesquisa, parti da ideia dominante entre os médicos portugueses da primeira metade do século XX de que esta doença era um «problema de saúde pública», para seguir a dinâmica da sua produção social. Ao longo deste trabalho, a malária como um problema de saúde pública revelou-se não um dado adquirido, um problema epidemiológico definido à partida, um facto ou realidade autónoma à espera de ser pensada, classificada e resolvida, mas sim o resultado da interacção de diversos actores e factores, em momentos e locais específicos e heterogéneos.¹ Através de múltiplas práticas, esses actores participaram, deliberada ou incidentalmente, na produção da malária como problema de saúde pública. Segui então as ideias, conceitos e acções que fizeram parte integrante da sua composição dinâmica.

O objectivo central deste trabalho foi olhar a malária em Portugal como uma produção social situada. Neste processo, não linear e programático mas contingencial, a malária apresentou-se com diversas configurações mutuamente inclusivas, resultando numa multiplicidade de malárias, não redutíveis à trilogia biomédica parasita–mosquito–homem.

As malárias de que falei ao longo deste trabalho foram sobretudo as malárias dos médicos e as malárias leigas. Pretendi mostrar como a malária médica, aparentemente unificada por efeito dos modelos científicos, não era homogénea; convocava diferentes experiências, expectativas, interesses e convicções, nem sempre alinhados, funcionando, no caso português, como um pretexto para alcançar objectivos que transcendiam a questão da malária, tais como a saúde rural e a organização dos serviços de saúde estatais, mas também os percursos profissionais de alguns médicos.

Foram os documentos escritos e os depoimentos orais que me sugeriram a participação de múltiplos agentes na «questão da malária em Portugal», bem como a sua dinâmica e multiplicidade de configurações que tomou. Foram também estas fontes que me indicaram a

¹ Sigo a linha argumentativa de Turnbull, quando questiona os rumos seguidos pela pesquisa de uma vacina da malária: «Não cabe aos analistas, sejam eles filósofos, historiadores ou sociólogos, servirem de justificadores dos cientistas, considerando os seus relatos como auto-evidentes. Antes, cabe-lhes identificar e expor a interacção dos vários factores que resultaram num determinado estado de coisas; mostrar que o resultado, longe de ser a consequência de um processo logicamente determinado, é antes o produto de um processo social contingente e, como tal, poderia ter sido bem diferente» (Turnbull 1989, 284).

complexidade da «malária como um problema de saúde pública», indiciando esta definição médica da doença como um patamar num longo e multifacetado processo, interceptando-se com outras definições da malária, integrando-se nestas e integrando-as em si. As noções de «produção» e «prática», tal como são abordadas em alguns trabalhos da área dos estudos sociais da ciência (sobretudo Mol 2002; Pickering 1992a) permitiram-me dar conta ou interpretar a multiplicidade e variabilidade das malárias com que me deparei, compreendendo a malária em Portugal como realização social e culturalmente compósita e situada, congregando essa multiplicidade.

Na produção nacional da malária como um problema de saúde pública, as práticas cognitivas, teorias e modelos médicos internacionalmente desenvolvidos e estabelecidos como padrão para a definição e compreensão desta doença, iam a par com as técnicas laboratoriais, os gestos e os procedimentos cientificamente instituídos como modos de a reconhecer e definir. Estas práticas reuniam saberes de parasitologia, entomologia, hematologia; reuniam competências técnicas de captura e conservação de mosquitos, de colheita de sangue, de preparação de esfregaços, de microscopia. Mas dependiam também das práticas discursivas (artigos médicos nacionais e internacionais, artigos publicados nos jornais generalistas e actas de reuniões científicas publicadas nas revistas médicas) sobre estes saberes e competências, seu significado e relevância na definição da malária médica, bem como da sua divulgação. No caso da malária em Portugal, as práticas discursivas têm grande importância sobretudo na primeira década do século XX, ante a escassez dos trabalhos práticos desenvolvidos no país para o reconhecimento e medição da malária, segundo os modelos internacionalmente sancionados.

Tal como se delineou, no contexto português, a malária integrava os modelos científicos (teorias, técnicas e modos de fazer especializados) produzidos em outros lugares na Europa e nas colónias europeias, por sua vez resultantes da circulação de pessoas, ideias e instrumentos proporcionados por um mundo de deslocações e redes, como era o da Europa colonial e capitalista do século XIX. Os médicos portugueses participavam dessa circulação e apropriavam-se dos modelos e técnicas relacionados com a investigação e controlo da malária, interpretando-os e adaptando-os de acordo com a sua experiência (situação profissional, reconhecimento da malária e sua distribuição no território nacional, recursos técnicos e financeiros, receptividade às propostas médicas). É no discurso médico, na produção legislativa, informada pelos modelos médicos mas não redutível a estes, na organização e institucionalização da produção de conhecimento e de técnicas relacionadas

com a malária, que percebemos a importância, convocação e articulação das dimensões internacional, nacional e local.

As primeiras iniciativas de sistematização do conhecimento sobre a malária como «uma questão nacional», em Portugal, com os seus protagonistas individuais (como Ricardo Jorge) e institucionais (como a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa), dirigiram-se inicialmente à própria comunidade médica nacional, instada a reconhecer a relevância desta patologia na morbilidade do país e a empenhar-se na sua descrição, base de uma acção informada. Mas a dimensão técnica (técnicas para o tratamento e controlo da doença) e o conhecimento especializado que perpassavam as práticas (cognitivas, discursivas, organizativas, tecnológicas e de acção) constituintes da malária, tal como foi apresentada ao longo deste trabalho, visavam também a mobilização da autoridade do poder político, da qual dependia a sua dimensão actuante. Como vimos, até à década de 30 do século XX, o interesse do poder governativo central pela malária era inexpressivo; apesar da produção legislativa em torno desta questão, configurando-a discursivamente como um problema de saúde pública, no seguimento das transformações políticas e consequentes intenções reformadoras. Mesmo as práticas médicas/científicas definidoras do que seria a malária em Portugal eram incipientes, assentando fundamentalmente na produção de discursos sobre a potencialidade de aplicação de técnicas e conceitos produzidos em outros países (especialmente Reino Unido e Itália) para o reconhecimento, classificação e ordenamento da «malária nacional», bem como para o seu controlo. Tratava-se, por conseguinte, de um esboço da definição médica da malária em Portugal, carecendo de outros elementos e agentes para ganhar força.

A participação de Portugal nos fóruns médicos internacionais (Organização de Saúde da Sociedade das Nações) – onde a malária merecia investigação e acção específicas, prefigurando-se como uma questão de saúde internacional – bem como o envolvimento da International Health Division da Fundação Rockefeller, foram fundamentais para a produção da malária como um problema de saúde pública. Ao engajamento destes agentes, proporcionando formação e orientação técnica (cursos de malariologia, de saúde pública, etc.; métodos e técnicas para o estudo da malária e seu controlo), financiamento, recursos materiais (o edifício do Instituto de Malariologia e seu equipamento), juntava-se o envolvimento de outros agentes individuais (como os proprietários rurais) e estatais (como os Serviços Agrícolas e a Comissão Reguladora do Comércio de Arroz), ligados à actividade agrícola, especialmente à orizicultura.

Os arrozais foram um elemento fundamental na produção da malária; eram um marcador privilegiado da distribuição espacial da doença, do «mapa da malária», não só pelas suas características ambientais, medicamente reconhecidas como propiciadoras da criação de mosquitos transmissores da doença, mas também pelas relações sociais e condições de trabalho que lhes estavam associadas – emprego sazonal de grande número de assalariados rurais migrantes, alojados em abrigos rudimentares e vulneráveis às picada dos mosquitos – e que determinavam quem tinha mais probabilidade de contrair a doença. A definição médica dos campos de arroz como lugares de criação do mosquito transmissor da malária integrava as conotações centenárias entre arrozais e febres intermitentes, traduzindo-as para a linguagem dos modelos e técnicas biomédicos do século XX. São também os modelos biomédicos que elegem o papel das práticas agrícolas associadas à orizicultura e as condições de alojamento dos assalariados rurais empregados nos campos de arroz como elementos significativos da produção da malária, reforçando a importância das práticas médicas na regulação da actividade orizícola.

A integração dos arrozais na produção da malária facilitava a mobilização, nem sempre harmoniosa, do poder político, das instituições estatais ligadas à regulação e melhoramento da produção agrícola, dos proprietários rurais, dos trabalhadores rurais, ao mesmo tempo que proporcionava um espaço de ensaio, demonstração e legitimação de técnicas biomédicas para o controlo da doença. O realce maior ou menor das dimensões económica e social da malária variava local e temporalmente, ganhando particular relevância como argumento de sensibilização do poder político, bem como demonstrando que a definição científica/médica desta doença é claramente uma produção social,² relacionando-se e negociando com outras malárias produzidas fora das práticas médicas, mas, por sua vez, indissociáveis destas. Esta associação de práticas discursivas e técnicas em torno dos arrozais, parte integrante das circunstâncias sociopolíticas, conferia legitimidade à produção da malária como uma questão de saúde pública, materializando-se na organização dos Serviços Anti-Sezonáticos (SAS) e na criação do Instituto de Malariologia.

No entanto, embora a malária tenha participado do reforço de autoridade e reconhecimento social das práticas médicas e tenha constituído um pretexto para a estruturação e reforço dessa autoridade (alicerçada em instituições estatais, sobretudo a partir de 1930), o controlo estatal da malária em Portugal não pode ser percebido como um exemplo

² Como diz Latour sobre o trabalho de Pasteur, «não ‘emergiu na sociedade’ para ‘influenciá-la’. Já estava na sociedade» (1988, 91).

de instrumentalização da saúde para exercício do poder ou para controlo das populações. A insistência na dinâmica da produção da malária, situada, circunstancial e, ao mesmo tempo, histórica e transfronteiriça, que procurei mostrar através de uma abordagem histórica e comparada, sugere que o potencial de autoridade e domínio estatal oferecido pela institucionalização do controlo da malária é mais o resultado do empenho, ideais e acção de um grupo de médicos ligados à saúde pública, do que do interesse e intencionalidade do poder político. Como se viu, a intervenção regular do poder político nas questões da malária requereu longas negociações e esforço de convencimento por parte dos médicos; por outro lado, essa intervenção foi sempre apenas moderada, não se constituindo como um eixo fundamental do programa político, ao longo de toda a primeira metade do século XX.

Ao longo deste trabalho, quis mostrar como a definição, institucionalização e controlo da malária como questão de saúde pública entroncam no processo de afirmação da higiene e da saúde pública, em Portugal, na sua aspiração ao reconhecimento e à participação no poder.³ Mas, ao mesmo tempo, como esse poder – que, por fim, alcança – é modesto e discreto, não impositivo e dominador, capaz de se impor coercivamente aos «pobres» mas contemporizador e persuasivo, sem deixar de ser penetrante. Trata-se de um poder apenas suficiente para garantir a institucionalização e expansão da influência médica a todo o território nacional, veículo menor de propagação dos mecanismos de controlo da administração central às regiões mais remotas. A importância dos SAS era sobretudo localizada, materializada no reconhecimento e aceitação dos postos e estações anti-sezonáticos pelas populações que serviam. Era nesta interacção que os serviços capitalizavam e ampliavam a moderada autoridade e reconhecimento que lhes eram conferidos pelo poder central.

A importância da interacção dos SAS com as pessoas infectadas com malária, para a consolidação da autoridade e eficácia dos serviços, mostra que a produção desta doença como uma questão de saúde pública, em Portugal, não pode ser totalmente compreendida sem atender às malárias leigas, tomando em atenção as experiências individuais e físicas de «ter malária». Desde logo, porque eram as sensações físicas – ou seja, as febres, tremores, arrepios, fraqueza, vómitos –, impeditivas das rotinas pessoais e sociais do corpo, que desencadeavam a produção de sentidos e soluções para a doença. Assim, múltiplos factores localizados, como a profissão, as condições de trabalho e habitação, o local de residência, as

³ A propósito da ideia dominante de que a higiene é um meio de policiamento e exercício do poder, um modo de coerção e dominação, Latour realça a importância de compreender que esse poder não é um dado adquirido: «[...] limitar a análise a esta coerção é não compreender nada do que aconteceu antes, quando a higiene era fraca, sem voz activa e sem poder, mas aspirava ao poder» (1988, 140).

relações sociais alargadas, o maior ou menor contacto com os discursos e recursos médicos daqueles que se auto-diagnosticavam ou eram diagnosticados medicamente como «infectados» influíam na produção social da malária.

As malárias médicas, traduzidas em uma unidade aparente nos postos e estações anti-sezonáticos às quais recorriam as pessoas infectadas, pareciam definir-se independentemente da participação destas pessoas. Mas elas interagiam com as malárias leigas e tinham como objecto as experiências físicas da doença. Não se impunham coercivamente à população, mas persuasivamente: o seu cumprimento, a sua passagem de discursos e modelos de conhecimento técnico à acção dependia da sua capacidade de persuasão junto das pessoas infectadas. E esta só era conseguida por negociação com as malárias leigas, com as definições e conhecimentos leigos sobre a malária. O convencimento só poderia ser alcançado a partir do momento em que a malária médica era percebida, fazia sentido no quotidiano das populações, traduzia as expectativas de quem sentia fisicamente os seus incómodos.

As malárias leigas e médicas surgem então indissociáveis e mutuamente condicionantes. Não estamos perante domínios autónomos; as malárias leigas não se acrescentavam às médicas, como anexos (vd. Mol 2002; Mol e Berg 1998). As malárias médicas e leigas co-produziam-se, o que não significava convergência e alinhamento de significados ou igualdade de poderes. Como se viu, existia uma espécie de polifonia, frequentemente desarmónica, considerando os mal-entendidos em torno dos significados atribuídos por médicos e não médicos (administradores locais, proprietários agrícolas, periodistas, assalariados rurais) à malária. Mas esta diversidade aparentemente desordenada, dando a ideia de que «cada um fala para seu lado», não só permitia a coexistência de múltiplas malárias como as ligava, tornando-as mutuamente sustentadas e inclusivas e permitindo a consolidação da malária como um problema nacional de saúde pública.

A malária medicamente definida passou a dominar não apenas quando conseguiu agregar a autoridade do poder administrativo, que lhe permitiu traduzir-se em regulamentos e organizar-se em instituições, mas quando deste poder formal passou ao poder efectivo conferido pelo reconhecimento e procura dos recursos que se propunha oferecer às populações afectadas por esta doença. Como sugerem alguns casos referidos ao longo deste trabalho, a iniciativa de agentes locais – como autarcas, proprietários rurais, agremiações – de pedirem ou reclamarem formalmente a intervenção do poder estatal, por intermédio das autoridades de saúde, para a resolução do «problema da malária», foi um momento fundamental para a legitimação e consolidação da malária médica, pela acção. Mas, no limite,

foi a procura activa pelas populações ou pelo menos a recepção complacente da acção dos postos e estações anti-sezonáticos no terreno (por intermédio de médicos, visitadoras e outros técnicos sanitários), que garantiu a eficiência e expansão dos SAS.

O reconhecimento público da malária médica não equivalia, como se disse, ao alinhamento rigoroso dos significados ou das práticas cognitivas, discursivas e técnicas relacionadas com a doença. A diversidade persistia, dando espaço ao sincretismo resultante da tradução dos elementos que intervinham na produção da malária médica, adequando-os ao sentido da malária leiga. As práticas médicas tornavam-se dominantes, mas a sua supremacia não era imposta. Dependia da tradução que dava sentido a mosquitos, parasitas e arrozais, na lógica das malárias leigas mas, sobretudo, do reconhecimento da utilidade dos recursos terapêuticos que integravam as práticas da malária médica. Os medicamentos antimaláricos eram um elemento importante de ligação entre a malária médica e a malária dos trabalhadores rurais. Por outro lado, num contexto em que os recursos médicos e terapêuticos (gratuitos) eram exíguos, os postos e estações anti-sezonáticos, mais do que apenas a solução para as infecções maláricas, eram «o desafogo dos pobres», o local onde se procurava remédio para todos os males e não apenas para a malária, o que contribuía para a sua popularidade.

O reconhecimento do papel central do mosquito na transmissão da malária, por parte das autoridades municipais e dos proprietários rurais, era fundamental para a produção médica da malária; apenas esta permitia a experimentação e aplicação de técnicas para o controlo das populações de mosquitos ou sua eliminação (técnicas de irrigação dos arrozais, experimentação com novas espécies de arroz, uso de larvicidas químicos, etc.). Mas para os trabalhadores rurais, que representavam a maioria dos infectados pela doença, este era um detalhe irrelevante, ainda que mosquitos e arrozais fizessem parte da sua própria descrição da malária, a par com matéria vegetal em decomposição, venenos, etc. A dimensão física da doença era o eixo da sua representação. Amostras de sangue parasitado ou baços aumentados não tinham lugar na semântica da malária leiga. Os medicamentos distribuídos gratuitamente no posto das sezões eram o elemento fundamental do interesse dos trabalhadores rurais por aqueles estabelecimentos.

Neste ponto, estabelecia-se uma negociação entre malárias médica e leiga. Para chegarem a receber gratuitamente os medicamentos, as pessoas tinham que sujeitar-se a exames como a palpação do baço e a recolha da gota de sangue para análise. Aceitavam-nos com alguma indiferença e sem lhes reconhecerem o valor/significado diagnóstico que lhes era medicamente atribuído. Esta incursão médica pelo seu corpo era a contrapartida que

aceitavam «pagar» para alcançarem aquilo que realmente pretendiam:⁴ os medicamentos que cessariam as febres e lhes restituíam o conforto físico possível, bem como a capacidade de desempenhar as suas funções quotidianas. O seu auto-diagnóstico era feito antes mesmo de procurarem o «posto das sezões»; por isso, se as técnicas médicas de diagnóstico falhavam em corroborar o seu, vedando-lhes o acesso aos medicamentos gratuitos, procuravam fora do posto outros remédios, se os não haviam experimentado já antes de procurarem a ajuda médica. Na mesma ordem de dissonâncias, o reconhecimento do valor terapêutico dos medicamentos que eram receitados nos postos anti-sezonáticos, tal como a identificação da malária, passavam pela experiência física do desaparecimento das febres, de todo o desconforto e incapacidades corporais a estas associados. Assim, suspendiam a toma dos medicamentos quando desapareciam os sintomas, não seguindo a prescrição médica que previa a administração dos antimaláricos segundo o critério da eliminação dos parasitas do sangue.

Mas a dissonância entre as malárias médica e, sobretudo, a dos trabalhadores rurais manifesta-se na própria definição da doença. Enquanto para os médicos se tratava de um problema de saúde pública, uma ameaça à «ordem sanitária», para os trabalhadores rurais, a malária era uma contrariedade individual, colectivamente partilhada e explicada, dissolvendo-se nas muitas que teciam o seu quotidiano, ordenado fundamentalmente em torno do trabalho e das relações sociais deste decorrentes. Nesta perspectiva, a malária, tal como foi definida pelas pessoas que a experimentaram, resultava tanto de sensações físicas imbuídas de significados e práticas do domínio familiar e comunitário, quanto da incorporação das práticas biomédicas nos quotidianos, das políticas agrárias, das questões de propriedade, exploração da terra e das relações sociais por estas determinadas. Para os trabalhadores rurais, era neste universo que a malária se produzia, trivializando-se e perdendo o protagonismo que lhe era atribuído no discurso médico.

Contraditoriamente, era na interacção destes sentidos e significados desconstruídos que se materializava a dimensão da malária como problema de saúde pública. A persuasão que permitiu a supremacia da malária médica dependeu precisamente da coalizão das diversas

⁴ Em trabalhos recentes, versando as questões éticas dos ensaios da vacina da malária em algumas localidades do Quénia e da Gâmbia, estes mal-entendidos na atribuição de sentidos às técnicas usadas e seu objectivo são o garante da prossecução dos ensaios. E destes mal-entendidos resulta a aceitação não só da recolha de amostras de sangue, mas também de todos os procedimentos relacionados com o ensaio da vacina. Estes são investidos de significados localmente produzidos e tolerados como moeda de troca do acesso a cuidados médicos generalizados, bem como ao uso de recursos aos quais as comunidades não têm geralmente acesso, como os carros todo o terreno, que permitem buscar ajuda em localidades distantes, mais bem equipadas (vd. Geissler *et al.* 2008; Gikonyo *et al.* 2008).

malárias, com as suas práticas e concepções heterogéneas. Mais, essa interacção de múltiplas malárias não implicava acordo no reconhecimento do impacto da malária no quotidiano dos infectados. Se para os médicos a malária era uma questão nacional, com implicações na rentabilidade do trabalho rural e ameaçando expandir-se para lá das fronteiras das regiões «tradicionalmente» identificadas como maláricas com o tráfego da mão-de-obra sazonal, para os trabalhadores rurais a malária era sobretudo uma contrariedade individual, episódica nos seus quotidianos, estando, para muitos, sobretudo associada à infância ou juventude. Do mesmo modo, enquanto para os médicos e malariologistas o uso dos antimaláricos obedecia a um regime rigoroso, tendo por objectivo esterilizar o sangue dos indivíduos infectados, para os assalariados rurais os antimaláricos eram os remédios que os livravam das febres e das tremuras; enquanto para os técnicos o uso dos insecticidas de acção residual eliminava os mosquitos transmissores da malária, para os camponeses livrava-lhes as casas de moscas e outros insectos incomodativos. Era desta polifonia de sentidos que resultava a eficácia das práticas médicas, fundamentais para a erradicação da malária em Portugal.

A malária revisitada

Feita a súmula do que ficou dito ao longo deste trabalho, coloca-se uma questão: o que pode um trabalho sobre a história da produção da malária como um problema de saúde pública, em Portugal, trazer aos estudos de ciências sociais sobre a malária, no presente? Não pretendendo forçar extrapolações, algumas propostas assinaladas ao longo deste trabalho podem ser integradas numa abordagem crítica aos programas internacionais para estudo, controlo e tratamento da malária. Como «lugar estranho» que é, o passado proporciona um olhar distanciado que torna eventos, pessoas e gestos quase tão «exóticos» como os dos nossos contemporâneos habitando lugares remotos. O que se revela ao olhar o passado, as questões que se nos colocam e os instrumentos que forjamos para lhes dar resposta podem inspirar-nos, senão mesmo servir-nos, para pensar sobre as nossas práticas presentes.

Do que o olhar sobre o passado pode oferecer para pensar a malária no presente destaco a noção de *multiplicidade*, mas também a importância de atentar no lugar dado às malárias leigas na produção das malárias do presente e, particularmente, nas «versões oficiais» da malária, traduzidas em políticas internacionais de saúde. Compreender a produção social localizada da malária, tal como foi exposta ao longo deste trabalho, cria espaço para contemplar a coexistência de múltiplas malárias. E não só múltiplas no sentido dado por Mol

(2002) – diferenças convergentes – mas plurais, na medida em que podem ser estranhas umas às outras. Esta pluralidade de malárias é evidente, por exemplo, para os técnicos internacionais que trabalham no terreno, onde tentam completar ou aplicar os resultados de investigações levadas a cabo em lugares e espaços afastados geográfica, social e ideologicamente das regiões onde existe a doença. Se esta multiplicidade pode ser ultrapassada por intermédio de práticas que ligam as diferentes malárias de modo cooperante, tal como aconteceu com a malária em Portugal, podem manter-se incongruências decorrentes da divergência de significados e relevância atribuídos à doença; bem como uma clara assimetria de poder na negociação dessa harmonização, com os modelos biomédicos a assumirem a supremacia.

Os trabalhos sobre a história da malária (sobretudo Packard 2007; Cueto 2007) referem-se a dissonâncias entre os programas e a sua recepção por parte das populações. Este desajuste é interpretado como resultando das condições sociopolíticas que influenciam não só a distribuição da doença e sua gravidade, mas também o acesso das populações aos recursos médicos e a sua compreensão e procura destes recursos. Insiste-se assim na necessidade de adequação dos programas às realidades locais, reconhecendo que a malária não pode ser abordada apenas do ponto de vista biológico mas exige uma estratégia de fundo, que contemple as condições ecológicas, económicas, políticas e sociais que contribuem para a sua persistência e gravidade.

Nestas considerações sobre as estratégias para o controlo da malária, a história oferece os elementos de comparação em relação aos quais se procura identificar erros passados e determinar o melhor caminho a traçar no presente e para o futuro. O programa de erradicação da malária (PEM) lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no final da década de 50 e a centralidade que o uso do DDT e outros insecticidas de acção residual nele tiveram surgem na literatura sobre a história desta doença como um momento de charneira nas práticas que definiram e definem a malária, a partir da segunda metade do século XX. É um ponto de referência para a reflexão sobre as práticas presentes. O programa de erradicação da malária surge como um momento de homogeneização das práticas que envolviam a doença, expressão e produto do «espírito do tempo», dominado pelo optimismo científico e técnico mas também pela disputa política, económica e científica.⁵ É, ao mesmo tempo, retratado

⁵ O triunfo do programa de erradicação da malária sugere uma homogeneização de perspectivas sobre a malária que não existiu realmente. O PEM é o resultado da afirmação de um grupo de médicos malariologistas, com acesso privilegiado a recursos e instituições (particularmente a OMS) capazes de lhes conferir força, legitimidade e meios para levarem avante as suas convicções e projectos científicos e técnicos (ver Packard

como uma expressão da hegemonia dos modelos científicos e médicos «ocidentais» sobre o resto do mundo (Packard 2007).

Contudo, o programa de erradicação da malária, largamente criticado na literatura sobre a história da malária, não é monolítico nem excepcional; resulta de dinâmicas e processos complexos, com múltiplos participantes, expressando a alternância histórica dos protagonistas na produção da malária, especialmente nas estratégias e técnicas adoptadas para o seu controlo e erradicação (o alvo principal variando entre o homem, o parasita ou o mosquito). Apesar de hegemónico, o programa de erradicação revelou-se de estabilidade precária e permanentemente desafiada, pelo menos na sua acção no terreno. Esses desafios não advinham necessariamente da recusa ou contestação das acções preconizadas pelo programa, mas sim de reveses e obstáculos decorrentes da sua dificuldade em integrar e superar as condições heterogéneas dos diferentes terrenos, compreendendo os problemas técnicos e/ou financeiros, que condicionavam a execução das estratégias previstas no programa, mas abrangendo também «as forças sociais, económicas e políticas mais amplas» (Packard 2007, 162). Como se viu, em Portugal não só a epidemiologia da doença mas também as condições técnicas e económicas locais levantavam alguns problemas à aplicação estrita das normas preconizadas no PEM.

O problema da inadequação do PEM às circunstâncias locais (ecológicas, epidemiológicas, logísticas, financeiras, sociais, culturais, técnicas, políticas) foi uma das dificuldades fundamentais para o seu sucesso. A ecologia, acessibilidades, características das habitações e a recepção das populações às equipas encarregadas de pulverizar o interior das casas com a solução de DDT, condicionaram a eficácia da acção localizada. Por outro lado, o financiamento proveniente das agências internacionais e dos países desenvolvidos, principalmente dos EUA, foi consideravelmente reduzindo à medida que o tempo passava e não se avistava a confiantemente prometida erradicação da malária, nem o desenvolvimento económico das regiões onde esta era alcançada (Packard 2007). Este corte tornava cada vez mais difícil aos governos dos países receptores desses financiamentos prosseguirem com os

2007). Como vimos, antes da aprovação do PEM pela OMS, Francisco Cambournac chamava a atenção para a necessidade de prosseguir os estudos malariológicos, não dando o uso de insecticidas residuais como a solução definitiva para o «problema da malária». Também no México, um dos malariologistas mais destacados, Galo Soberón, considerava impossível erradicar a malária em todas as regiões do país e defendia que o uso do DDT não tinha efeitos iguais em todas elas (Cueto 2007, 84, 85). Alguns economistas, secundados por alguns médicos ligados à saúde pública, defendiam a necessidade de delinear o controlo ou a erradicação das doenças em ligação com programas mais vastos de melhoria dos níveis de vida das populações (ver Packard 2007, 147).

programas locais de erradicação ou cumprirem os programas de monitorização, nas regiões onde a doença já havia sido eliminada.

Para além dos condicionalismos locais, a resistência dos mosquitos ao DDT, que havia já sido detectada, ainda que em regiões muito restritas, antes do lançamento do PEM, contribuiu para comprometer o sucesso do programa, evidenciando as fragilidades de modelos de actuação excessivamente centrados num recurso técnico. O problema da resistência agravou-se durante o período em que vigorou o PEM. O uso sistemático do DDT não se resumia à eliminação dos mosquitos responsáveis pela transmissão da malária; o insecticida vinha a ser utilizado, desde o final da década de 40, para o controlo de pragas na agricultura e silvicultura, em vários pontos do globo (Cueto 2007; Packard 2007). Como resultado, rapidamente se desenvolveram, por «selecção natural», estirpes de insectos (não só mosquitos) resistentes ao DDT. O mesmo efeito selectivo, por exposição incorrecta aos antimaláricos, se verificou com os parasitas causadores da malária. Os primeiros casos de resistência à cloroquina, um antimalárico usado em todo o mundo, não só para tratamento mas também para profilaxia e economicamente acessível, verificaram-se em regiões restritas logo nos primeiros anos do PEM (1957, na Tailândia) (Packard 2007, 165).

Em vista das dificuldades crescentes e da demora na obtenção de resultados definitivos, a OMS abandonou o programa em 1969, recomendando o regresso às medidas de controlo da malária, ainda que o fim último destas continuasse a ser a eliminação total da doença. A partir da década de 70 a OMS preconizou a integração do controlo da malária nos cuidados de saúde primária e não como um programa específico e exclusivo (Packard 2007). Todas estas mudanças resultaram, em alguns países, num retrocesso na situação da malária, devido à descontinuidade ou irregularidade das acções de controlo.

Os trabalhos de MacCormack (1985, 1986) produzidos na década de 80 reflectem uma conceptualização marcada pela ideologia pós-colonial e a denúncia dos interesses económicos que ditavam, não mais o investimento no programa de erradicação e no uso do DDT, mas o descaso a que era votada a investigação e a acção no terreno para o controlo da malária. Além desta aparente quebra no interesse dos países desenvolvidos pela malária, durante os anos 80, vários países africanos viram-se confrontados com um novo problema de saúde pública: um grande número de infecções por VIH. Para além das complicações epidemiológicas decorrentes das co-infecções e da susceptibilidade dos indivíduos seropositivos à malária, colocava-se a questão do impacto económico causado pelo VIH nos indivíduos infectados e suas famílias (para além do peso social), mas também nos recursos dos países afectados, que

se viam assim na contingência de estender os seus escassos recursos a mais um problema de saúde pública (World Health Organization 2004; ver Packard 2007, 199-201, 212).

Neste cenário, se o interesse de investidores e investigadores decrescera com o gorar do PEM, a OMS, como fórum internacional onde vários dos países mais afectados pela malária estavam (estão) representados, mantinha a malária na sua agenda. Em 1992, a OMS relançou uma nova orientação para a investigação e acção visando o controlo e eliminação da malária: o Global Malaria Program (GMP). Associado a este, surgiu o Roll Back Malaria (RBM), em 1998, e o Fundo Global para Combate à SIDA, Tuberculose e Malária (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), em 2000 (Cueto 2007). Partindo da classificação da malária como «um obstáculo ao desenvolvimento social e económico»,⁶ o GMP reúne vários parceiros, proporcionando apoio técnico e aconselhamento estratégico aos países com malária, no sentido de harmonizar e permitir igual acesso a recursos e conhecimentos. Na apresentação do programa, insiste-se na importância do envolvimento das comunidades e da integração do controlo da malária nas questões gerais da saúde, sanidade e desenvolvimento, bem como nas políticas nacionais de saúde. A estes objectivos acrescenta-se a preocupação com a sustentabilidade dos programas desenvolvidos localmente (World Health Organization 1993). No planeamento dos novos programas está presente a preocupação em não perder de vista o que se aprendera com o fracasso do PEM.

O RBM surgiu como uma extensão do GMP, tendo por objectivo a parceria entre diversos agentes (agências internacionais, como a UNICEF, o Banco Mundial, organizações não governamentais, privados, investigadores, etc.), de modo a «garantir que os países tinham acesso efectivo à informação, tecnologia e recursos financeiros necessários para reduzirem o seu fardo da malária» (Packard 2007, 218). O RBM é também um programa de acção para o controlo da malária, privilegiando o uso generalizado de mosquiteiros impregnados com insecticida, para as crianças e grávidas, terapêutica preventiva intermitente para as mulheres grávidas, «detecção e tratamento precoce de crianças com febre» e o «reforço de serviços de saúde básicos» (Packard 2007, 218; sobre o GMP e RBM ver também Cueto 2007, 162 e seguintes).

As reformulações da malária, feitas no rescaldo das decepções causadas pelo programa de erradicação, demasiado dependente de um único recurso tecnológico (o DDT) e de uma organização vertical que deixara de fora as comunidades (suas prioridades, recursos, condicionalismos e escolhas), retomam o ecletismo de métodos para o controlo da malária,

⁶ <http://www.rollbackmalaria.org/rbmvision.html>

bem como a importância da sua integração nos cuidados de saúde primários, tal como acontecera em Itália, no início do século XX, ou em Portugal, durante as décadas de 40 e 50. No entanto, segundo Packard (2007) e Cueto (2007), o RBM acabou por incorrer nos mesmos erros de centramento nas tecnologias (aposta no desenvolvimento de novos antimaláricos, vacinas e na distribuição de mosquiteiros impregnados com insecticidas), estratégias e modelo económico produzidos pelos países doadores, descorando as circunstâncias locais, as necessidades, possibilidades e modos de vida das comunidades. Usar mosquiteiros, seguir uma terapêutica preventiva e procurar ajuda médica para as crianças febris implica a existência de recursos e serviços médicos organizados, acesso a estes, bem como o reconhecimento dos sintomas medicamente associados à malária, da prioridade da doença entre outras preocupações do quotidiano e a convicção de que é possível preveni-la. Além destes desajustes, o financiamento do RBM esteve quase sempre abaixo do inicialmente planeado, dificultando o desenvolvimento dos programas nacionais de controlo da malária. O RBM deixava também poucas alternativas para os países receptores quanto às técnicas a adoptar para o controlo da doença. O financiamento dependia da adopção do uso de mosquiteiros e das técnicas previstas no programa internacional (Packard 2007).

O RBM continua, então, sob o olhar crítico das ciências sociais, ao mesmo tempo que se multiplicam os trabalhos, de estilo etnográfico (quase todos desenvolvidos por investigadores das biociências), dando conta das acções no terreno, para o controlo da malária, avaliando-as, analisando a recepção e envolvimento das populações aos programas locais (por exemplo, Thomson *et al.* 1996; Winch *et al.* 1996; Nyamongo 2002; Oguonu, Okafor e Obu 2005; Stratton *et al.* 2008). Muitos destes trabalhos centram-se no envolvimento e resposta das populações a essas acções. Por seu lado, os trabalhos versando a história da malária concluem também com abordagens críticas aos novos programas para o seu controlo, apontando o insistente predomínio da perspectiva biológica e técnica sobre as condições sociais, políticas e económicas, que co-produzem a malária. Nesta linha, e ainda que em momentos e para contextos diversos, Cueto (2007) e Turnbull (1989) denunciam o persistente desprezo pelas estratégias locais de resposta à doença.

No entanto, a inclusão da malária na agenda de investigação do «mundo desenvolvido», a relevância que lhe é medicamente conferida, a sua classificação persistente como um dos elementos mais significativos da morbilidade tropical, não tem sido questionada tão aprofundadamente quanto as condições de produção e execução dos programas internacionais de saúde visando o seu controlo e erradicação. As ciências sociais têm-se

centrado sobretudo na problemática da produção social desta doença, procurando lançar luz sobre os factores históricos, políticos, económicos, sociais, ambientais, geográficos, que determinam a sua distribuição e incidência. E denunciando a abordagem tecnicista ao problema, que continua a descorar as condições de pobreza que lhe estão subjacentes e a potenciam (ver Packard 2007, 201-216), usando antes o argumento de que a malária retarda ou impede o desenvolvimento económico (Packard 2007, 224-226).

Mas, enquanto Packard, por exemplo, vê no PEM a expressão de políticas internacionais de saúde que perpetuavam os interesses dos países desenvolvidos e a «cultura de desenvolvimento» imposta pelos países ditos «desenvolvidos» aos países «em desenvolvimento» (ver cap. 3), não chega a problematizar com clareza que a mesma hegemonia de modelos desenvolvimentistas e científicos pode ser implicada na produção da malária como um problema maior de saúde pública no mundo. Podemos questionar se este protagonismo da malária, ainda que presentemente desafiado pelo VIH ou a tuberculose, não será a persistência, científica e institucionalmente sancionada e transformada, da representação da malária como o impedimento à penetração europeia nos «trópicos» e à plena exploração dos seus potenciais, tal como se definiu ao longo da história colonial.

A definição científica e tecnológica da malária, bem como a sua identificação como um problema prioritário de saúde pública nos países em desenvolvimento, são problematizadas por David Turnbull (Turnbull 1989, 2000) enquanto produções das sociedades «desenvolvidas», impossíveis de dissociar dos modelos e interesses políticos e económicos destes países. É nesta lógica que analisa o domínio da definição médica da malária e respectivas soluções tecnológicas, sobre as definições e estratégias locais relacionadas com esta doença. No seu trabalho «The push for a malaria vaccine», considera os sentidos e significados locais da malária não apenas como desafios à adequação dos programas às realidades locais, mas como desafio à relevância dada pela biomedicina ao «problema da malária». Turnbull propõe-se analisar a ênfase dada à investigação e ensaio de uma vacina anti-malária como «consequência de um complexo de factores técnicos, sociais, económicos e políticos» (1989, 283), contestando a adequação desta vacina à especificidade das condições locais da malária, entre as quais situa o próprio reconhecimento, significado e importância dados localmente à doença. O seu argumento fundamental é «que os tipos de disciplina epistemológica, moral e ontológica de pessoas, práticas e lugares, que caracterizam os modos pelos quais o espaço de conhecimento da medicina de laboratório ocidental se expande são inapropriados no mundo desordenado e complexo das doenças tropicais». Como

contraponto, defende que se «encoraje o crescimento do conhecimento indígena e a criação de espaços onde as tradições de conhecimento contrastantes possam trabalhar juntas, permitindo a proliferação de alternativas» (Turnbull 2000, 177).

Sugerir a reflexão sobre a assumpção da malária como «um peso» e «um obstáculo ao desenvolvimento», em algumas regiões do continente africanos, não implica, assim, negar os efeitos perversos desta doença sobre as comunidades que afecta; ou alinhar por uma posição semelhante à assumida por alguns críticos do programa de erradicação, no final dos anos 50, que viam neste uma interferência de implicações imprevisíveis no efeito da malária enquanto elemento de controlo do crescimento das populações (Packard 1998, 2007). Mas uma história antropológica da malária, relacionando o local com o global, levanta questões sobre a universalidade dos sentidos e técnicas implicados na malária médica.

Entre o laboratório molecular ou de genética e as pessoas infectada com malária numa qualquer aldeia de África, da Amazónia ou do Sudeste Asiático vai uma cadeia de pessoas, lugares, saberes, técnicas, políticas, interesses, recursos, sentidos e significados que multiplicam a malária em muitas malárias, por vezes articulando-se entre si com dificuldade. Enquanto que as estratégias biomédicas e a saúde internacional assentam em conhecimento especializado e compartimentado, produzindo e alicerçando-se em programas dedicados a doenças específicas, como o RBM, a acção no terreno requer uma intervenção integrada nos sistemas de saúde nacionais (muitas vezes de recursos exíguos e desigualmente distribuídos pelos territórios), envolvendo respostas médicas generalistas e servindo populações para as quais a malária pode não ser concebida como uma doença evitável ou a evitar; ou como um problema relevante no universo de dificuldades e necessidades quotidianas reconhecidas e valorizadas. É neste sentido que, presentemente, apontam os críticos à reintrodução do uso de insecticidas, nomeadamente do DDT, no controlo da malária. Para estes, deve ser considerada a variedade de outros métodos existentes, bem como a possibilidade de «os países em desenvolvimento deverem primeiro dedicar-se às suas outras necessidades básicas de saúde, como sistemas de água seguros, dietas adequadas, melhores habitações e mais serviços médicos» (Cueto 2007, 161).

No início dos anos 50, os neomalthusianos, preocupados com a necessidade de travar o crescimento populacional, argumentavam contra a razoabilidade de um programa para a erradicação da malária interrogando-se sobre «se seria bondade ‘impedir que as pessoas morressem de malária para que pudessem morrer, lentamente, de fome’» (William Vogt citado em Packard 2007, 147). Salvaguardando a devida distância em relação ao argumento

neomalthusiano, podemos questionar a legitimidade de programas dedicados à malária que, por mais «horizontais», holistas e inclusivos que sejam na sua formulação, tendem a valorizar a definição biológica da doença e as respostas tecnológicas a esta, incorrendo no absurdo de salvar as crianças da malária mas deixá-las à mercê da desagregação das comunidades a que pertencem, em consequência de guerras, disputas por recursos, transformações abruptas no seu modo de vida, pobreza. Mas também de deixá-las expostas a outras patologias, como as doenças respiratórias, diarreias, infecções por VIH ou privadas de água potável e de acesso a assistência médica e medicamentos. E se é verdade que «não se pode fazer tudo ao mesmo tempo» e «é preciso começar por algum lado», importa perceber *quem* define por onde começar.

Referências bibliográficas

Livros e artigos

- A Medicina Contemporânea. 1888. «As novas medicações do impaludismo». *A Medicina Contemporânea*, ano VI, n.º 27: 220, 221.
- A Medicina Contemporânea. 1889. «Parasitas no sangue das aves». *A Medicina Contemporânea*, ano VII n.º 40: 308.
- A Medicina Contemporânea. 1892. «Plasmodias do impaludismo». *A Medicina Contemporânea*, ano X n.º 15: 118, 119.
- A Medicina Contemporânea. 1893. «Impaludismo». *A Medicina Contemporânea*, ano XI, n.º 8: 63, 64.
- A Medicina Contemporânea. 1895a. «Chlorhydrato de phenocolla, nas febres de malária». *A Medicina Contemporânea*, ano XIII, n.º 8: 61, 62.
- A Medicina Contemporânea. 1895b. «Prophylaxia do paludismo». *A Medicina Contemporânea*, ano XIII, n.º 16: 127.
- A Medicina Contemporânea. 1897a. «Parasitas do impaludismo». *A Medicina Contemporânea*, ano XV, n.º 8: 65.
- A Medicina Contemporânea. 1897b. «Tratamento do impaludismo». *A Medicina Contemporânea*, ano XV, n.º 17: 138, 139.
- A Medicina Contemporânea. 1899. «Prophylaxia da malária transmittida pelos mosquitos». *A Medicina Contemporânea*, série II, II, n.º 31: 263, 264.
- A Medicina Contemporânea. 1900a. «Destruição dos mosquitos». *A Medicina Contemporânea*, III, n.º 44: 372.
- A Medicina Contemporânea. 1900b. «Numeros dos Estudantes (I.^a Parte)». *A Medicina Contemporânea*, III, n.º 39: 313-328.
- A Medicina Contemporânea. 1900c. «Prophylaxia do impaludismo». *A Medicina Contemporânea*, III, n.º 24: 195, 196.
- A Medicina Contemporânea. 1901a. «Arrozaes e malária». *A Medicina Contemporânea*, IV, n.º 21: 174-176.
- A Medicina Contemporânea. 1901b. «Defeza contra a malária». *A Medicina Contemporânea*, IV, n.º 48: 391, 392.

“Uma Questão Nacional”

- A Medicina Contemporânea. 1901c. «Prevenções contra a malária na Italia». *A Medicina Contemporânea*, IV, n.º 4: 29, 30.
- A Medicina Contemporânea. 1901d. «Revista da malária». *A Medicina Contemporânea*, IV, n.º 51: 415, 416.
- A Medicina Contemporânea. 1903. «Prophylaxia do impaludismo». *A Medicina Contemporânea*, VI, n.º 27: 217, 218.
- A Medicina Contemporânea. 1904. «Malária». *A Medicina Contemporânea*, VII, n.º 9: 66.
- A Medicina Contemporânea. 1905. «Movimento Medico». *A Medicina Contemporânea*, VIII, n.º 7: 55.
- A Medicina Contemporânea. 1915. «Sobre os insectos transmissores de doenças em Hespanha». *A Medicina Contemporânea*, XVII, n.º 39: 318, 319.
- A Medicina Contemporânea. 1917. «The Rockefeller Foundation». *A Medicina Contemporânea*, XIX, n.º 9: 72.
- A Medicina Contemporânea. 1920a. «A lucta contra a malária na Peninsula Iberica». *A Medicina Contemporânea*, XXIII, n.º 41: 327, 328.
- A Medicina Contemporânea. 1920b. «Movimento Scientifico: Fundação Rockefeller». *A Medicina Contemporânea*, XXIII, n.º 37: 296.
- A Medicina Contemporânea. 1921a. «Actualidades: A lucta contra o paludismo em Hespanha». *A Medicina Contemporânea*, XXIV, n.º 23: 183, 184.
- A Medicina Contemporânea. 1921b. «Campanha contra a malária». *A Medicina Contemporânea*, XXIV, n.º 14: 112.
- A Medicina Contemporânea. 1923. «Comité de Hygiene da Liga das Nações». *A Medicina Contemporânea*, XXVI, n.º 9: 72.
- A Medicina Contemporânea. 1924a. «Analyses: Fundação Rockefeller». *A Medicina Contemporânea*, XXVII, n.º 1: 7.
- A Medicina Contemporânea. 1924b. «Missão sanitaria a Inglaterra». *A Medicina Contemporânea*, XXVII, n.º 4: 32.
- A Medicina Contemporânea. 1924c. «Missão scientifica». *A Medicina Contemporânea*, XXVII, n.º 19: 152.
- A Medicina Contemporânea. 1925a. «Actualidades - A Commissão de hygiene da Liga das Nações». *A Medicina Contemporânea*, XXVIII, n.º 17: 136.
- A Medicina Contemporânea. 1925b. «A hygiene na Dinamarca». *A Medicina Contemporânea*, XXVIII, n.º 36: 285.

- A Medicina Contemporânea. 1925c. «Lucta contra a malária». *A Medicina Contemporanea*, XXVIII, n.º 2: 16.
- A Medicina Contemporânea. 1925d. «Missão sanitária». *A Medicina Contemporanea*, XXVIII, n.º 19: 151.
- A Medicina Contemporânea. 1925e. «Sociedade das Nações e a Hespanha». *A Medicina Contemporanea*, XXVIII, n.º 35: 280.
- A Medicina Contemporânea. 1926a. «Actualidades: A lucta contra a Tuberculose em Portugal». *A Medicina Contemporanea*, XXIX, n.º 23: 182.
- A Medicina Contemporânea. 1926b. «Echos e Informações: Fundação Rockefeller». *A Medicina Contemporanea*, XXIX, n.º 19: 152.
- A Medicina Contemporânea. 1926c. «O paludismo em Hespanha». *A Medicina Contemporanea*, XXIX, n.º 1: 7, 8.
- A Medicina Contemporânea. 1927a. «Ensino da lucta anti-malarica». *A Medicina Contemporanea*, ano XLV, n.º 33: 264.
- A Medicina Contemporânea. 1927b. «Lucta contra a malária em Hespanha». *A Medicina Contemporanea*, ano XLV, n.º 20: 160.
- A Medicina Contemporânea. 1931a. «Bolsas de estudo». *A Medicina Contemporanea*, ano XLIX, n.º 20: 183.
- A Medicina Contemporânea. 1931b. «Bolsas de estudo». *A Medicina Contemporanea*, ano XLIX, n.º 37: 329.
- A Medicina Contemporânea. 1931c. «O Sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano XLIX, n.º 15: 132.
- A Medicina Contemporânea. 1931d. «Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa / 19 de Dezembro de 1930. Malaria». *A Medicina Contemporanea*, série III, ano XLIX, n.º 1: 9.
- A Medicina Contemporânea. 1933a. «Actualidades: o sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano 51, n.º 16: 106.
- A Medicina Contemporânea. 1933b. «Actualidades: O Sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano 51, n.º 47: 352.
- A Medicina Contemporânea. 1933c. «Contra as sezões». *A Medicina Contemporanea*, ano 51, n.º 24: CCXXXVI.
- A Medicina Contemporânea. 1933d. «O paludismo no distrito de Setúbal». *A Medicina Contemporanea*, ano 51, n.º 5: XXV, XXVI.

“Uma Questão Nacional”

- A Medicina Contemporânea. 1934a. «Crónica do sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano 52, n.º 45: CCLXXXIII.
- A Medicina Contemporânea. 1934b. «O Sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano 52, n.º 11: LVII, LVIII.
- A Medicina Contemporânea. 1934c. «O Sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano 52, n.º 22: CXXVII.
- A Medicina Contemporânea. 1934d. «Pôsto anti-malárico do Pocinho». *A Medicina Contemporanea*, ano 52, n.º 36: CCXXI.
- A Medicina Moderna. 1911. «Combate do sezonismo em Portugal». *A Medicina Moderna*, ano XVII, n.º 210: 329, 330.
- A.A. 1918. «Bibliographia - Treballs del Servei tècnic del paludisme. 1 vol de XVII - 157 pag. com numerosas gravuras e mappas. Barcelona». *A Medicina Contemporanea*, XX, n.º 48: 382, 383.
- Acabado, Antonio Machado. 1900. *Breve estudo sobre o Paludismo (accessos perniciosos em especial). Dissertação inaugural apresentada á Escola Medico-Cirurgica do Porto*. Porto: Typ. a Vapor da Empresa Litteraria e Typographica.
- Agdal, Rita. 2005. «Diverse and changing perceptions of the body: communicating illness, health, and risk in an age of medical pluralism». *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, supl. 1: S-67-S-75.
- Almeida, D. Antonio de. 1883. «Remedio preventivo contra o impaludismo». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, n.º 7:230-233.
- Alvares, Manoel Gomes d’Araujo. 1909. *A Espelonomegalia Palustre* (Dissertação inaugural apresentada á Escola Medico-Cirurgica do Porto). Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos.
- Amaral, Isabel Maria. 2006. *A Emergência da Bioquímica em Portugal: As Escolas de Investigação de Marck Athias e de Kurt Jacobsohn*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amaral, Luciano. 1994. «Portugal e o passado: política agrária, grupos de pressão e evolução da agricultura portuguesa durante o Estado Novo (1950-1973)». *Análise Social*, XXX, n.º 128: 889-906.
- Anónimo. 1902. *Reforma dos Estudos da Universidade de Coimbra pelo Decreto N.º 4 de 24 de Dezembro de 1901*. Coimbra: Imprensa da Universidade.

- Anónimo. 1932. «La lucha contra el paludismo con los nuevos medicamentos sintéticos Plasmoquina y Atebrina». *Revista Medica Hondureña*, A2, n.º 11: 60-62.
- Anónimo. 1956. «Information sur le programme de lutte antipaludique au Portugal». Conference Inter-Regionale sur le Paludisme pour les Regions de la Mediterranee Orientale et de l'Europe, Genebra, Organisation Mondiale de la Santé, 3 de Abril, WHO/Mal/163-1.
- Baer, Hans A. 1982. «On the political economy of health». *Medical Anthropology Newsletter*, 14, n.º 1: 1-2, 13-17.
- Baptista, Fernando Oliveira. 1993. *A Política Agrária do Estado Novo*. Porto: Edições Afrontamento.
- Barbosa, A. M. 1883. «Parecer ácerca da nota do Sr. D. Antonio de Almeida intitulado remedio preventivo contra o impaludismo». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, n.º 7: 233-236.
- Barros, Afonso de. 1986. *Do Latifundismo à Reforma Agrária*. Oeiras: Instituto Gulbenkian de Ciência. Centro de Estudos de Economia Agrária.
- Bastos, Cristiana. 1993. *Os Montes do Nordeste Algarvio*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Bastos, Cristiana. 2001. «Doctors for the empire: the Medical School of Goa and its narratives». *Identities*, 8, n.º 4: 517-548.
- Bastos, Cristiana. 2002. «The inverted mirror: dreams of imperial glory and tales of subalternity from the medical school of Goa». *Etnográfica*, 6, n.º 1: 59-76.
- Bastos, Cristiana. 2004. «O ensino da medicina na Índia colonial portuguesa: fundação e primeiras décadas da Escola Médico-cirúrgica de Nova Goa». *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 11, supl. 1: 11-39.
- Bastos, Cristiana. 2006. «A Escola Médica de Goa». In *Os Portugueses e o Oriente: História, Itinerários, Representações*, org. Rosa Maria Perez. Lisboa: Dom Quixote, 167-192.
- Bastos, Cristiana. 2007. «Medicina, império e processos locais em Goa, século XIX». *Análise Social*, XLII, n.º 182: 99-122.
- Bastos, Cristiana. 2008. «From India to Brazil, with a microscope and a seat in Parliament: the life and work of Dr. Indalêncio Froilano de Melo». *Journal of History of Science and Technology*, n.º 2: 139-189.
- Bastos, Cristiana. 2009. «Borrowing, adapting, and learning the practices of smallpox: notes from Colonial Goa». *Bulletin of the History of Medicine*, 83, n.º 1: 141-163.

- Bastos, Susana Pereira. 1997. *O Estado Novo e os Seus Vadios: Contribuição para o Estudo das Identidades Marginais e da sua Rrepressão*. Lisboa: D. Quixote.
- Beckerleg, Susan. 1994. «Medical Pluralism and Islam in Swahili Communities in Kenya». *Medical Anthropology Quarterly*, nova série, 8, n.º 3: 299-313.
- Beirão, Caetano Maria Ferreira da Silva. 1857. *Memoria Academica: Algumas Considerações a’cerca das restrições, a que é necessario sujeitar a cultura do arroz em Portugal para conciliar o maximo proveito desta industria agricola com o menor risco possivel da saude dos povos*. Lisboa: Academia Real das Sciencias de Lisboa.
- Benchimol, Jaime Larry, e André Felipe Cândido da Silva. 2008. «Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da primeira República». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15, n.º 3: 719-762.
- Bettencourt, Nicolau. 1924. «Alguns aspectos da higiene e da assistência nos Países-Baixos». *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, LXXXIX, n.ºs 1 a 12: 28-55.
- Bettencourt, Nicolau. 1930. «A Malária em Portugal». *Arquivos do Instituto Bacteriológico Camara Pestana*, VI, n.º II: 173-178.
- Birn, Anne-Emanuelle. 2006. *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Birn, Anne-Emanuelle, e Armando Solórzano. 1999. «Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s». *Social Science an Medicine*, 49, n.º 9: 1197-1213.
- Bombarda, Miguel , José Evaristo de Moraes Sarmento, José Gomes Resende, e Antonio de Azevedo. 1903. «Estudo da malaria em Portugal – Relatorio da Comissão eleita em sessão de 29 de Novembro de 1902 para propor os meios da Sociedade emprehender os estudo da malaria no país». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas*, LXVII, n.º 1: 29-32.
- Brandão, Maria de Fátima, e Rui Graça Feijó. 1984. «Entre textos e contextos: os estudos de comunidade e as suas fontes históricas». *Análise Social*, XX, n.º 83: 489-503.
- Brandão, Maria de Fátima, e Robert Rowland. 1980. «História da propriedade e comunidade rural : questões de método». *Análise Social*, 16, n.º 61-62: 173-207.
- Brasão, Inês Paulo. 1999. *Dons e Disciplinas do Corpo Feminino: Os Discursos sobre o Corpo na História do Estado Novo*. Vol. 13. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

- Brown, E. Richard. 1976. «Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad». *American Journal of Public Health*, 66, n.º 9: 897-903.
- Brown, Peter J. 1987. «Microparasites and Macroparasites». *Cultural Anthropology*, 2, n.º 1: 155-171.
- Brown, Peter J., Marcia C. Inhorn, e Daniel J. Smith. 1996. «Disease, ecology, and human behavior». In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, ed. Carolyn F. Sargent e Thomas M. Johnson. Westport, CT e Londres: Praeger, 183-218.
- Bruce-Chwatt, Leonard Jan, e Julian de Zulueta. 1980. *The Rise and Fall of Malaria in Europe*. S.l.: Oxford University Press (on behalf of the Regional Office for Europe of the World Health Organization).
- Cabral, Motta. 1929a. «Cultura de arroz e sezonismo». *A Medicina Contemporanea* série III, ano XLVII, n.º 9: 76.
- Cabral, Motta. 1929b. «Cultura de arroz e sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano XLVII, n.º 15: 139.
- Cabral, Motta. 1930. «Cultura de arroz e sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano XLVIII, n.º 4: 43.
- Cabral, Motta. 1931. «A cultura do arroz e o sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano XLIX, n.º 11: 97.
- Cabral, Motta. 1933. «Emboscadas do Sezonismo». *A Medicina Contemporanea*, ano 51, n.º 1: 1-4.
- Calado, Dina M. 2006. «Lavradores e ceifeiros: entre a Lagoa de Santo André e o Vale do Sado», dissertação de mestrado, Lisboa, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Câmara Municipal de Palmela, org. 2001. *Memórias do Instituto de Malariologia de Águas e Moura: Da Luta Anti-Palúdica ao Museu*. Palmela: Câmara Municipal, Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge).
- Cambournac, Francisco J. C. 1938. *Sobre Algumas Medidas de Higiene e Protecção Anti-Sezonática aos «Ranchos Migratórios»*. Separata da revista *Clínica, Higiene e Hidrologia*. Lisboa: s. ed.
- Cambournac, Francisco J. C. 1947. *Perspectivas Actuais da Luta Anti-sezonática em Portugal* (Conferência realizada no Instituto Rocha Cabral em Maio de 1947). Lisboa: Imprensa Lucas & C.^a.

“Uma Questão Nacional”

- Cambournac, Francisco J. C. 1948. «Modernos processos de combate ao sezonismo». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, V, Dezembro, 321-339.
- Cambournac, Francisco J. C. 1952. *Sobre a Epidemiologia e a Luta Anti-Sezonática em Portugal*. Separata dos *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, IX, n.º 2. S.l.: s. ed.
- Cambournac, Francisco J. C. 1966. «Erradicação da malária: uma lição de práticas de saúde pública». *O Médico*, XLI, n.º 798: 885-894.
- Cambournac, Francisco J. C. 1990. «O Instituto de Malariologia e as suas realizações». In *50 Anos da Fundação do Instituto de Malariologia e Sua Projecção no Futuro*. Águas de Moura: Centro de Estudos de Zoonoses do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 11-26.
- Cambournac, Francisco José C. 1994. «Contribution to the history of malaria epidemiology and control in Portugal and some other places». *Parassitologia*, 36, n.º 1-2: 215-222.
- Cambournac, Francisco J. C., e A. Ezaguy da Fonseca. 1948. «Experiments on control of *Anopheles* larvae and malaria in rice-growing regions of Portugal». In *Proceedings of the Fourth International Congress on Tropical Medicine and Malaria*. Washington: s. ed., 696-702.
- Cambournac, Francisco J. C., e J. M. Pitta Simões. 1944a. «Notas sôbre alguns ensaios realizados com Neocid e 7013 Geigy contra as larvas de *Anopheles*». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, I, n.º II: 383-392.
- Cambournac, Francisco J. C., e J. M. Pitta Simões. 1944b. «Observações sôbre a eficácia de vários métodos de combate às larvas dos géneros *Anopheles* e *Chironomus*, nos viveiros dos arrozais». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, I, n.º II: 315-325.
- Cambournac, Francisco J. C., e J. M. Pitta Simões. 1944c. «Sobre a alimentação dos 'ranchos migratórios' na região de Águas de Moura». Separata de *Lisboa Médica*, ano XXI, n.º 4, 205-212.
- Cambournac, Francisco J. C., e J. M. Pitta Simões. 1944d. «Sôbre a produção de *Anopheles* nos arrozais de Águas de Moura». *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, I, II: 229-239.
- Carmo, Renato Miguel do. 2007. «As desigualdades sociais nos campos: o Alentejo entre as décadas de 30 e 60 do século XX». *Análise Social*, XLII, n.º 184: 811-835.
- Carneiro, Alexandre Lima, e Fernando de Castro Pires de Lima. 1932. *Medicina Popular Minhota*. Separata da *Revista Lusitana*, vol. XXIX. Porto: Imprensa Portuguesa.

- Carqueja, Bento. 1916. *O Povo Portuguez: Aspectos Sociais e Economicos*. Porto: Livraria Chardron.
- Carvalho, José Murilo de. 1987. «Cidadãos ativos: a revolta da vacina». In *Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que Não Foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 91-139.
- Carvalho, José Rodrigues 1899. *Chorographia Palustre de Portugal (Dissertação Inaugural apresentada à Escola Medico-Cirurgica do Porto)*. Porto: Typographia a Vapor da Real Officina de S. José.
- Chaves, José Manuel. 1790. *Febriologia – accomodada tambem para as pessoas curiosas. Onde se descrevem o character, as causas, e as especies das Febres Intermittentes, Malignas, e Inflammatorias, conforme a fiel, e attenta observação, que na praxe de 20 annos tem feito*. Coimbra: Real Officina da Universidade.
- Cherry, Steven. 2005. «Medicine and the rural health care in 19th century Europe». In *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, ed. L. Barona e Steven Cherry. Valencia: Seminari d'Estudios sobre la Ciencia, Universitat de Valencia, 19-61.
- Christophers, Colonel Sir S. R., e A. Missiroli. 1933. *Report on Housing and Malaria: Being a Summary of what is Known about Anophelism in Relation to Housing and Malaria*. S.l.: s. ed.
- Claeson, Bjorn, Emily Martin, Wendy Richardson, Monica Schoch-Spana, e Karen-Sue Taussig. 1996. «Scientific literacy, what it is, why it's important, and why scientists think we don't have it: the case of immunology and the immune system». In *Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power, and Knowledge*, ed. Laura Nader. Nova Iorque e Londres: Routledge, 101-116.
- Cohn, Bernard S. 1992 [1987]. *An Anthropologist among the Historians and Other Essays*. Deli e Oxford, NY: Oxford University Press.
- Coimbra Médica. 1898. «Os estudos da malária». *Coimbra Medica*, 18º ano, n.º 29: 484.
- Comissão para o Estudo da Cultura do Arroz. 1860. «Introdução». In *Relatorio sobre a Cultura do Arroz em Portugal e sua Influencia na Saude Publica*, ed. Comissão para o estudo da cultura do arroz. Lisboa: Imprensa Nacional, 5-7.
- Comissão Reguladora do Comércio do Arroz. 1937. «Assistência aos sezonáticos nas zonas de arroz». *Boletim da Comissão Reguladora do Comércio do Arroz*, n.º 2: 13.

- Commission du Paludisme. 1925. «Programme provisoire des voyages d'études projetés». Commission du Paludisme, C.H./Malaria/39, <http://whqlibdoc.who.int/hist/malaria/malaria32-50.pdf>.
- Correia, Fernando da Silva. 1938. *Portugal Sanitário: Subsídios para o seu estudo*. S.l.: s. ed.
- Correia, Fernando da Silva. 1954. *Portugal na História da Medicina Social: Assistência, Higiene e Medicina do Trabalho*. Vol. I. S.l.: Imprensa Médica.
- Corvo, João de Andrade. 1860. «Estudos economicos e hygienicos sobre os arrozaes». In *Relatorio sobre a Cultura do Arroz em Portugal e sua Influencia na Saude Publica*, ed. Comissão para o estudo da cultura do arroz. Lisboa: Imprensa Nacional, 351-544.
- Costa, A. Celestino. 1917a. «Bibliographia. General Education Board: report of the secretary, 1915-16». *A Medicina Contemporanea*, série II, XIX, n.º 24: 187, 188.
- Costa, A. Celestino. 1917b. «Ensino medico e Universidade». *A Medicina Contemporanea*, série II, XIX, n.º 19: 145-149.
- Costa, A. Celestino. 1921. «The Rockefeller Foundation». *A Medicina Contemporanea*, XXIV, n.º 41: 325-328.
- Costa, Amadeu Lobo da. 1956. *Um Plano de Eliminação da Malária em Portugal Continental*. Lisboa: s. ed.
- Costa, Amadeu Lobo da. 1959. «Breve note sur l'etat de l'eradication du paludisme au Portugal (continental)». In *Proceedings of the Sixth International Congress on Tropical Medicine and Malaria*. Lisboa: s. ed., 674-678.
- Costa, Amadeu Lobo da. 1963. *O Paludismo em Portugal e a sua Erradicação*. Separata de *O Médico* n.º 629. S.l.: s. ed.
- Csordas, Thomas J. 1988. «The conceptual status of hegemony and critique in medical anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, «Gramsci, Marxism and phenomenology: essays for the development of critical medical anthropology», 2, n.º 4: 416-421.
- Cueto, Marcos. 1994a. «Introduction». In *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, ed Marcos Cueto. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, ix-xx.
- Cueto, Marcos. 1994b. «Visions of science and development: The Rockefeller Foundation's Latin American surveys of the 1920s». In *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation and Latin America*, ed. Marcos Cueto. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1-22.

- Cueto, Marcos. 2007. *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico 1955-1975*. Washington, D.C. e Baltimore: Woodrow Wilson Center Press e The Johns Hopkins University Press.
- Cutileiro, José. 1977. *Ricos e Pobres no Alentejo: uma Sociedade Rural Portuguesa*. Lisboa: Livraria Sá da Costa.
- Danilewsky, B. 1886. «Sobre a questão da identidade dos parasitas pathogenicos do sangue do homem e dos hematozoarios dos animais em estado de saude». *A Medicina Contemporanea*, ano IV, n.º 47: 387-389.
- Das, Veena. 1996. «Language and body: transactions in the construction of pain». *Daedalus*, 125, n.º 1: 67-91.
- Digneffe, Françoise, e Myriam Beckers (colab.). 1995. «Do individual ao social: a abordagem biográfica». In *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, ed. Luc Albarello, Françoise Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux, Christian Maroy, Danielle Ruquoy e Pierre Saint-Georges. Lisboa: Gradiva, 203-245.
- Dube, Saurabh. 2007. «Introduction: anthropology, history, historical anthropology». In *Historical Anthropology*, ed. Saurabh Dube. Oxford: Oxford University Press, 1-73.
- Dwarkasing, Ana Leonor Pereira. 1991. «Novas sensibilidades científico-culturais em Portugal na aurora do século XX». In *Estudos de História Contemporânea Portuguesa. Homenagem ao Professor Vítor de Sá*, ed. Centro de História da Universidade do Porto. Lisboa: Livros Horizonte, 421-431.
- Elliott, Jane. 2005. *Using Narrative in Social Research*. Londres, Thousand Oaks e Nova Deli: Sage.
- Estes, J. Worth. 2000. «Food as medicine». In *The Cambridge World History of Food*, ed. Kenneth F. Kiple e Kriemhild Coneè Ornelas, 1534-1553.
- Fairclough, Norman. 2003. *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Faria, José Alberto de. 1934. *Administração Sanitária*. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa.
- Faria, José Alberto de. 1936. *Preceitos Sanitários*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Farley, John. 1997. «Parasites and the germ theory of disease». In *Framing Disease: Studies in Cultural History*, ed. Charles E. Rosenberg e Janet Golden. New Brunswick e New Jersey: Rutgers University Press, 33-49.
- Farley, John. 2004. *To Cast Out Disease: A history of the International Health Division of The Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford, NY: Oxford University Press.

“Uma Questão Nacional”

- Farmer, Paul. 1996. «On suffering and structural violence: a view from below». *Daedalus*, 125, n.º 1: 261-283.
- Farmer, Paul. 1999. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley, Los Angeles e Londres: University of California Press.
- Farmer, Paul. 2004. «An anthropology of structural violence». *Current Anthropology*, 45, n.º 3: 305-317.
- Faustino, Vítor. 2006. «Mosquitos, arroz e sezões: a erradicação da malária no vale do Sado». Tese de mestrado, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Fee, Elizabeth. 1987. *Disease and Discovery: A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore e Londres: The Johns Hopkins University Press.
- Felicissimo, João. 1911. «Breve inquérito á saude e robustez de uma população». *Movimento Médico*, 7º ano, n.º 16: 273-286.
- Fentress, James e Chris Wickham. 1992. *Memória Social*. Lisboa: Teorema.
- Ferreira, F. A. Gonçalves. 1990. *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, J. Bettencourt. 1900. «Parasitologia do paludismo: historia e descrição». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, LXIV, n.ºs 7-12: 139-238.
- Figueira, Luís. 1933. «Médicos portugueses e malária». *A Medicina Contemporânea*, ano 51, n.º 17: 108-112.
- Figueira, Luís, e Fausto Landeiro. 1931. *Malária: Relatório do Curso e Estágio em Hamburgo, Yugoslávia e Itália*. Separata do *Boletim da Agência Geral das Colónias*. Lisboa: Agência Geral das Colónias.
- Figueira, Luís, e Fausto Landeiro. 1932. *Relatorio do Primeiro Ano de Luta Antisezonática na Estação de Benavente*. Lisboa: Instituto Câmara Pestana.
- Figueiredo, A. Carvalho. 1904a. «Da existencia do 'Anopheles bifurcatus' em Portugal». *A Medicina Contemporanea*, n.º 23: 184-187.
- Figueiredo, A. Carvalho. 1904b. «Da existencia do 'Anopheles bifurcatus' em Portugal - II». *A Medicina Contemporanea*, n.º 28: 223-225.
- Fonseca, Angelo, e Charles Lepierre. 1903. «Os Anopheles no Campo de Coimbra». *Movimento Médico*, n.º 5: 65-67.

- Fonseca, Fernando Taveira da. 1993. «Elites e classes médias». In *História de Portugal*, dir. José Mattoso. Vol. 5, *O Liberalismo (1807-1890)*. Lisboa: Círculo de Leitores, 459-477.
- Fonseca, Helder Adegar. 2005. «A ocupação da terra». In *História Económica de Portugal, 1700-2000*. Vol. II, *O Século XIX*, ed. Pedro Lains e Álvaro Ferreira da Silva. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 83-118.
- Fonseca, Manuel da. 1982. *Cerromaior*. Lisboa: Caminho.
- Fonseca, Manuel da. 1984. *Seara de Vento*. Lisboa: Caminho.
- Foster, George M. 1999. «Bureaucratic aspects of international health programs». In *Anthropology in Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*, ed. Robert Hahn. Nova Iorque e Oxford: Oxford University Press, 345-364.
- Foucault, Michel. 2001. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Freire, Francisco. 1952. *Um Esboço de Sanidade Rural*. Separata da revista *Clínica Higiene e Hidrologia*. Lisboa: s. ed.
- Gaitto, José da Costa. 1895. «Um caso de paludismo chronico, - anemia e cirrhose atrophica provavel consecutivas - pleurisia secca». *Coimbra Medica*, n.º 20: 321-330.
- Gallagher, Nancy Elizabeth. 1990. *Egypt's Other Wars: Epidemics and the Politics of Public Health*. Nova Iorque: Syracuse University Press.
- Garnel, Maria Rita Lino. 2003. «O poder intelectual dos médicos: finais do século XIX - inícios do século XX». *Revista de História das Ideias*, 24: 213-253.
- Gaveta, Amaro Mendes. 1881. *Os Arrozaes: Cartas de Amaro Mendes Gaveta sobre a Pastoral do Sr. Bispo de Coimbra ácerca d'elles e considerações do mesmo Amaro relativas á cultura do arroz*. Figueira da Foz: Typographia da Correspondencia.
- Geissler, P. Wenzel, Ann Kelly, Babatunde Imoukhuede, e Robert Pool. 2008. «'He is now like a brother, I can even give him some blood': relational ethics and material exchanges in a malaria vaccine 'trial community' in The Gambia». *Social Science and Medicine*, 67, n.º 5: 696-707.
- Gikonyo, Caroline, Philip Bejon, Vicki Marsh, e Sassy Molyneux. 2008. «Taking social relationships seriously: lessons learned from the informed consent practices of a vaccine trial on the Kenyan Coast». *Social Science and Medicine*, 67, n.º 5: 708-720.

- Gilbert, Pamela K. 2002. «Producing the public: public medicine in private spaces». In *Medicine, Health and the Public Sphere in Britain, 1600- 2000*, ed. Steve Sturdy. Londres e Nova Iorque: Routledge, 43-59.
- Gomes, Rui. 1991. «Poder e saber sobre o corpo: a educação física no Estado Novo (1936-1945)». *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*, Verão-Outono, n.^{os} 2-3: 109-136.
- Gonçalves, Francisco. 1917. *Breves Considerações sobre Medicina Popular*. Porto: Tipografia «Porto Médico».
- Gorjão, Vanda. 2002. *Mulheres em Tempos Sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. s.d.(a). «Celestino da Costa (Augusto Pires)». In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Vol. 6. Lisboa e Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, 411, 412.
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. s.d.(b). «Faria (José Alberto de)». In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Vol. 10. Lisboa e Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, 918, 119.
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. s.d.(c). «Jorge (Artur Ricardo)». In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Vol. 14. Lisboa e Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, 310.
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. s.d.(d). «Landeiro (Fausto Nunes)». In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Vol. 14. Lisboa e Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia. 657, 658
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. s.d.(e). «*Landeiro (Fausto Nunes)». In *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Vol. 39 (Apêndice). Lisboa, Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, 915.
- Green, Linda. 1998. «Lived lives and social suffering: problems and concerns in medical anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, New series, 12, n.º 1: 3-7.
- Guerra, Miller, e F. Tomé. 1964. «A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência». *Análise Social*, II, n.º 7-8: 623-651.
- Gutiérrez, Ana T. 1998. *Tiempos de guerra y paz: Arnoldo Gabaldon y la investigación sobre malaria en Venezuela (1936-1990)*. Serie Mención Publicación. Caracas: CENDES, Centro de Estudios del Desarrollo, Universidad Central de Venezuela.

- Hackett, Lewis W. 1937. *Malaria in Europe: An Ecological Study*. London: Oxford University Press, Humphreys Milford.
- Hannaway, Caroline. 1993. «Environment and miasmata». In *Companion Encyclopedia for the History of Medicine*, ed. W. F. Bynum e Roy Porter. Londres e Nova Iorque: Routledge, 292-308.
- Harrison, Gordon. 1978. *Mosquitoes, Malaria and Man: A History of the Hostilities Since 1880*. Nova Iorque: E. P. Dutton.
- Hasse, Mannuela. 2001. «O outro corpo: Ingrid de Figueiredo (Fröken) e o desenvolvimento da educação física feminina em Portugal (1938-1981)». *Ex aequo*, n.º 4: 41-56.
- Haynes, Douglas Melvin 2001. *Imperial Medicine: Patrick Manson and the Conquest of Tropical Disease*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Helstosky, Carol F. 2000. «The State, health, and nutrition». In *The Cambridge World History of Food*, ed. Kenneth F. Kiple e Kriemhild Coneè Ornelas, 1577-1585.
- Hill, Rolla B. 1937. «Podem evitar-se as sezões, fazendo a protecção por meio de rêdes metálicas?». *Boletim da Comissão Reguladora do Comércio do Arroz*, n.º 2: 17-21.
- Hill, Rolla B. 1938a. «Método de profilaxia anti-sezonática em Portugal». *África Médica*, IV, n.º 9-10: 88-103.
- Hill, Rolla B. 1938b. *O Problema da Malária em Portugal*. Separata de *A Medicina Contemporânea*, n.º 47. Lisboa: Centro Tipográfico Colonial.
- Hill, Rolla B. 1938c. *Protecção Mecânica da População como Medida Anti-Malária*. Separata da revista *Clínica, Higiene e Hidrologia*. Lisboa: s. ed.
- Hill, Rolla B., Fausto Landeiro, e Francisco J. C. Cambournac. 1938. *A Malária e a Organização da Luta Anti-Malária em Portugal*. Separata da revista *Clínica, Higiene e Hidrologia*. Lisboa: s. ed.
- Hill, Rolla B., e Francisco J. C. Cambournac. 1941. *Estudo Sobre a Alimentação de Cinco Famílias Rurais numa Herdade do Alentejo*. Separata de *Lisboa Médica*. Lisboa: s. ed.
- Hochman, Gilberto. 1998. «Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 5, supl.: 217-235.
- Hochman, Gilberto. 2006. *A Era do Saneamento: As Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Honigsbaum, Mark. 2002. *The Fever Trail*. Londres: Pan Books.

“Uma Questão Nacional”

- Humphreys, Margaret. 2001. *Malaria: Poverty, Race, and Public Health in the United States*. Baltimore e Londres: The Johns Hopkins University Press.
- Inspecção Geral dos Serviços Sanitários. 1903. *Epidemiologia: Sobre o Estudo e o Combate do Sezonismo em Portugal*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Inspecção Geral dos Serviços Sanitários. 1906. *La Malaria en Portugal: Premiers résultats d'une enquête. Annaes de Saude Publica do Reino*, publicados pela Inspecção Geral dos Serviços Sanitarios, Secção de Hygiene. Tomo III. Lisboa: Imprimerie «Casa Portuguesa».
- Instituto Nacional de Estatística. 1903. «Demografia - Quadro n.º 20 óbitos segundo as causas». *Anuário Estatístico de Portugal*, Instituto Nacional de Estatística (INE), <http://inenetw02.ine.pt:8080/biblioteca/search.do>.
- Instituto Nacional de Estatística. 1931-1951. *Anuário Estatístico de Portugal*, <http://inenetw02.ine.pt:8080/biblioteca/search.do>.
- Jackson, J. 1998. «Cognition and the global Malaria Eradication Programme». *Parassitologia*, 40, n.º 1-2: 193-216.
- Jacyna, Stephen. 2006. «Medicine in transformation, 1800-1849». In *The Western Medical Tradition, 1800 to 2000*, ed. W. F. Bynum, Anne Hardy, Stephen Jacyna, Christopher Lawrence e E. M. (Tilli) Tansey. Cambridge e outras: Cambridge University Press, 11-101.
- Jorge, Ricardo. 1920. «Hygiène militante». *A Medicina Contemporanea*, XXIII, n.º 4: 25-27.
- Jornal da Sociedade da Sciencias Medicas. 1893. «Tratamento das febres intermitentes pelo azul de methylena». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas*, n.ºs 3 e 4: 86, 87.
- Joyce, José. 1888. «Das fórmas larvadas do impaludismo». *A Medicina Contemporanea*, ano VI, n.º 3: 17, 18.
- Kleinman, Arthur. 1978. «What kind of model for the anthropology of medical systems?». *American Anthropologist*, nova série, 80, n.º 3: 661-665.
- Kleinman, Arthur. 1985. «Interpreting illness experience and clinical meanings: how I see clinically applied anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, 16, n.º 3: 69-71.
- Kleinman, Arthur, e Joan Kleinman. 1996. «The appeal of experience; the dismay of images: cultural appropriations of suffering in our times». *Daedalus*, 125, n.º 1: 1-23.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, e Margaret Lock. 1996. «Introduction». *Daedalus*, 125, n.º 1: XI-XX.

- Kleinman, Arthur, Veena Das, e Margaret Lock. 1997. *Social Suffering*. Berkeley, Los Angeles e Londres: University of California Press.
- Kropf, Simone Petraglia, e Magali Romero Sá. 2009. «The discovery of *Trypanosoma cruzi* and Chagas disease (1908-1909): tropical medicine in Brazil». *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 16, supl. 1: 13-34.
- Lafuente, Antonio, Ana Cardoso, e Tiago Saraiva. 2007. «Introducción». In *Maquinismo Ibérico*, ed. Antonio Lafuente, Ana Cardoso e Tiago Saraiva. Madrid: Doce Calles, 17-32.
- Landeiro, Fausto. 1934. *Organização do Serviço Antisezonático em Portugal*. Lisboa: Centro Tipográfico Colonial.
- Landeiro, Fausto. 1937. *Mal-me-querer...: Novela de Divulgação dos Meios de Combate ao Sezonismo*. Lisboa: Direcção Geral dos Serviços Agrícolas.
- Landeiro, Fausto. 1938. *A Malária pode ser Considerada Acidente de Trabalho ou Doença Profissional?* 1.º Congresso Médico Nacional dos Desastres do Trabalho, Lisboa 17-20 Novembro de 1938. Lisboa: s. ed.
- Landeiro, Fausto. 1942. «O sezonismo e a luta anti-sezonática em Portugal: balanço de dez anos de luta». In *Sezonismo. Dez Anos de Luta Contra a Endemia*, ed. Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. Lisboa: Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos, 11-30.
- Landeiro, Fausto. 1943. «Sezonismo e propaganda sanitária». In *Sezonismo: Trabalhos Originais*, ed. Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. S.l.: Direcção de Serviços Anti-Sezonáticos, 87-97.
- Landeiro, Fausto, e Francisco Cambournac. s.d. *O Sezonismo em Portugal: Relatório do Estudo da Missão Rockefeller Foundation Direcção Geral de Saúde feito sob a Direcção e Orientação do Dr. Rolla Hill*. Lisboa: Agência Geral das Colónias.
- Lane, Sandra D., e Robert A. Rubinstein. 1996. «International health: problems and programs in anthropological perspective». In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, ed. Carolyn F. Sargent e Thomas M. Jonhson. Westport, CT e Londres: Praeger, 396-423.
- Latour, Bruno. 1988. *The Pasteurization of France*. Trad. Alan Sheridan e John Law. Cambridge e Londres: Harvard University Press.
- Lavinha, João. 2001. «Hemoglobinopatias nos territórios da malária». In *Memórias do Instituto de Malariologia de Águas de Moura: da Luta Anti-Palúdica ao Museu*, org.

“Uma Questão Nacional”

- Câmara Municipal de Palmela. Palmela: Câmara Municipal de Palmela, CEVDI - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 73-79.
- League of Nations - Health Organisation. 1927. *Principles and Methods of Antimalarial Measures in Europe: Second General Report of the Malaria Commission*. Geneva: League of Nations.
- League of Nations. 1936a. *The Problem of Nutrition*. Vol. I, *Interim Report of the Mixed Committee on the Problem of Nutrition*. Geneva: League of Nations Publications Department.
- League of Nations. 1936b. *The Problem of Nutrition*. Vol. II, *Report on the Physiological Bases of Nutrition drawn up by the Technical Commission of the Health Committee at the Meeting Held in London (November 25th-29th, 1935) Revised and Amplified at the Meeting Held at Geneva (June 4th-8th, 1936)*. Geneva: League of Nations Publications Department.
- Leal, João. 2000. *Etnografias Portuguesas (1870-1970): Cultura Popular e Identidade Nacional*. Lisboa: Dom Quixote.
- Leder, Drew. 1990. *The Absent Body*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lee, Sung. 1997. «WHO and the developing world: the contest for ideology». In *Western Medicine as Contested Knowledge*, ed. Andrew Cunningham e Bridie Andrews. Manchester: Manchester University Press, 24-45.
- Lemos, Maximiano. 1925. *História do Ensino Médico no Porto*. Porto: Tipografia a vapor da «Enciclopédia Portuguesa».
- Lima, F. C. Pires de, dir. 1944. *Arquivo de Medicina Popular*. S.l.: Edição do Jornal do Médico.
- Lima, J. A. Pires de. 1938. *Vocabulário Anatômico Popular*. Separata des *Folia Anatomica, Universitatis Conimbrigensis*, vol. XIII, n.º 2. S.l.: Coimbra Editora.
- Lima, Nísia Trindade. 1998. «Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil», *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 5, supl.: 163-193.
- Lima, Nísia Trindade. 2009. «Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Paternostro». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 16, supl. 1: 229-248.
- Lima, Nísia Trindade, e Gilberto Hochman. 2000. «Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país». *Ciência e Saúde Colectiva*, 5, n.º 2: 313-332.

- Litsios, Socrates. 1997. *The Tomorrow of Malaria*. Wellington: Pacific Press.
- Loureiro, João Maia de. 1945. *A Saúde Pública como Problema de Educação*. Separata da *Imprensa Médica*, ano XI, n.º 16. Lisboa: Imprensa Médica.
- Löwy, Ilana. 2001. *Virus, moustiques et modernité*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Lu, Henry C. 2000. *Chinese System of Foods for Health and Healing*. Nova Iorque: Sterling Publishing Co., Inc.
- MacCormack, Carol. 1985. «Anthropology and the control of tropical disease». *Anthropology Today*, 1, n.º 3: 14-16.
- MacCormack, Carol. 1986. «The analysis of rural poverty». *Anthropology Today*, 2, n.º 5: 1, 2.
- Macedo, Mário Botelho. 1940. *O Problema do Alojamento dos Ranchos Migratórios nas Zonas Sazonáticas*. S.l.: Direcção Geral dos Serviços Agrícolas, Repartição de Estudos, Informação e Propaganda.
- Machado, Fernando. 1917. «A cultura do arroz em Portugal». *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, 1, n.º 1-2: 113-131.
- Madeira, João. s.d. *As Associações de Classe dos Trabalhadores Rurais em Santiago do Cacém*. Col. Património, Ensaio 3. S.l.: SALPA, Associação para a Salvaguarda do Património Cultural e Natural da Região de Setúbal.
- Marques, Helena Isabel de Oliveira, e Maria da Natividade Mendes Pereira. 2001. «A mulher e o desporto em Portugal na década de 1930». *Ex aequo*, n.º 4: 143-151.
- Martins, Conceição Andrade. 2005. «A agricultura». In *História Económica de Portugal, 1700-2000*. Vol. II, *O Século XIX*, ed. Pedro Lains e Álvaro Ferreira da Silva. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 219-258.
- Martins, J. Augusto. 1898. «A quinina como agente prophylactico do paludismo». *A Medicina Contemporanea*, ano XVI, n.º 16: 127-129.
- Matias, Maria Goretti. 2002. *Vinho e Vinhas em Tempo de Crise: O Ódio e a Filoxera na Região Oeste, 1850-1890*. Caldas da Rainha: Património Histórico - Grupo de Estudos.
- Matos, Patrícia Ferraz de. 2006. *As Cores do Império: Representações Raciais no Império Colonial Português*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

“Uma Questão Nacional”

- McKinlay, John B. 1976. «The help-seeking behavior of the poor». In *Poverty and Health: A Sociological Analysis*, ed. John Kosa e Irving Kenneth Zola. Cambridge, MA e Londres: Harvard University Press, 224-273.
- Melo, Daniel. 2001. *Salazarismo e Cultura Popular (1933-1958)*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Mendia, Henrique da Cunha Mattos de. 1883. *A Cultura do Arroz no Districto de Coimbra: Relatorio dos Trabalhos da Comissão Nomeada por Portaria de 16 de Setembro de 1882 Apresentado a Sua Excelencia o Senhor Ministro das Obras Publicas por [...] Relator Eleito pela Mesma Comissão*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. 1929. *Discurso Proferido pelo Director Geral de Saúde Perante S. Ex.^a o Sr. Presidente da República no Dia da Inauguração do Parque Sanitário, em 10 de Março de 1929*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. 1942. *Sezonismo: Dez Anos de Luta Contra a Endemia*. S.l.: Direcção de Serviços Anti-Sezonáticos.
- Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. 1943. *Sezonismo: A Luta Contra a Endemia no Ano de 1942*. S.l.: Direcção de Serviços Anti-Sezonáticos.
- Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. 1944. *Sezonismo: A Luta Contra a Endemia no Ano de 1943*. S.l.: Direcção de Serviços Anti-Sezonáticos.
- Mira, Ferreira de. 1948. «Inquérito à alimentação e condições sanitárias do pessoal numa exploração agrícola». *Gazeta Médica Portuguesa*, I, n.º 2: 371-393.
- Mira, M. Ferreira de. 1947. *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade.
- Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham e Londres: Duke University Press.
- Mol, Annemarie, e Marc Berg. 1998. «Differences in medicine: an introduction». In *Differences in Medicine: Unravelling Practices, Techniques, and Bodies*, ed. Marc Berg e Annemarie Mol. Durham e Londres: Duke University Press, 1-12.
- Monteiro, Hernani. 1936a. «A Junta de Educação Nacional». *Anais da Faculdade de Ciências do Porto*, XXI, n.º 1: 50-64.
- Monteiro, Hernani. 1936b. «A Junta de Educação Nacional: sua história, seus fins, suas realizações principais». *Anais da Faculdade de Ciências do Porto*, XX, n.º 4: 246-254.
- Motta, E. 1898. «A quinina como agente prophylactico do paludismo». *A Medicina Contemporanea*, ano XVI, n.º 9: 67-69.

- Nguyen, Vinh-Kim, e Karine Peschard. 2003. «Anthropology, inequality, and disease: a review». *Annual Review of Anthropology*, n.º 32: 447-474.
- Nogueira, Couto. 1938. *A cooperação da «Rockefeller Foundation» com os Serviços de Saúde em Portugal*. Separata de *A Medicina Contemporânea*, n.º 7, 14 de Fevereiro de 1938. Lisboa: Centro Tipográfico Colonial.
- Nyamongo, I. K. 2002. «Health care switching behaviour of malaria patients in a Kenyan rural community». *Social Science and Medicine*, 54, n.º 3: 377–386.
- Oguonu, T., H. U. Okafor, e H. A. Obu. 2005. «Caregivers's knowledge, attitude and practice on childhood malaria and treatment in urban and rural communities in Enugu, south-east Nigeria». *Public Health*, n.º 119: 409-414.
- Packard, Randall. 1997. «Visions of postwar health and development and their impact on public health interventions in the Developing World». In *International Development and the Social Sciences: Essays on the History and Politics of Knowledge*, ed. Frederick Cooper e Randall Packard. Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 93-115.
- Packard, Randall. 1998. «'No other logical choice': global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era». *Parassitologia*, 40, n.º 1-2: 217-229.
- Packard, Randall. 2007. *The Making of a Tropical Disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Packard, Randall M., e Peter J. Brown. 1997. «Rethinking health, development, and malaria: historicizing a cultural model in international health». *Medical Anthropology*, 17, n.º 3: 181-194.
- Pádua, António de. 1901. «O impaludismo em Portugal». *Movimento Médico*, n.º 1:10-12.
- Page, Benjamin B. 2002. «The Rockefeller Foundation and Central Europe: a reconsideration». *Minerva*, 40, n.º 3: 265-287.
- Pais, José Machado. 2002. *Sociologia da Vida Quotidiana*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Palhoto, Antonio Candido. 1852. *Da Influencia das Searas d'Arrôz na Agricultura e na Salubridade Publica*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Perdigueru-Gil, Enrique. 2005. «The antimalaria campaign in Alicante (Spain) during the 20th century». In *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, ed. Josep L. Barona e Steven Cherry. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de Valencia, 283-286.

- Pereira, Ana Leonor. 2001. *Darwin em Portugal [1865-1914]: Filosofia, História, Engenharia Social*. Coimbra: Almedina.
- Pereira, Ana Leonor, e João Rui Pita. 1993. «Liturgia higienista no século XIX: pistas para um estudo». *Revista de História das Ideias*, 15: 437-559.
- Pereira, José, coord. 2004. *Quotidianos: Recordar, Conhecer, Aprender*. (Catálogo da exposição de abertura do Museu Municipal Sebastião Mateus Arenque). Azambuja: Câmara Municipal de Azambuja, Museu Municipal Sebastião Mateus Arenque.
- Pestre, Dominique. 1995. «Pour une histoire sociale et culturelle des sciences: nouvelles définitions, nouveaux objets, nouvelles pratiques». *Annales: Histoire, Sciences Sociales*, 50, n.º 3: 487-522.
- Pfleiderer, Beatrix, e Wolfgang Bichmann. 1986. «Germany». *Medical Anthropology Quarterly*, 17, n.º 4: 89, 90.
- Picão, José da Silva. 1983 [1903]. *Através dos Campos: Usos e Costumes Agrícola-Alentejanos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Pickering, Andrew. 1992a. «From science as knowledge to science as practice». In *Science as Practice and Culture*, ed. Andrew Pickering. Chicago: University of Chicago Press, 1-26.
- Pickering, Andrew. 1992b. *Science as Practice and Culture*. Chicago: Chicago University Press.
- Pickstone, John V. 1993. «Ways of knowing: towards a historical sociology of science, technology and medicine». *British Journal for the History of Science*, 26, n.º 4: 433-458.
- Pimentel, Irene Flunser. 2000. «A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40». *Análise Social*, XXXIV, n.º 151-152: 477-508.
- Pina, Luís de. 1931. *Os Remédios Imundos na Medicina Popular*. XVe Congrès International d'Anthropologie & Archéologie Préhistorique, IVe Session de l'Institut International d'Anthropologie, Portugal 21-30 Septembre 1930. Paris: Librairie E. Nourry.
- Pina, Luís de. 1953. *Raízes da Sabedoria Popular Médica*. Separata da *Imprensa Médica*. Lisboa: s. ed.
- Pinto, J. F. da Silva. 1857. «Memoria sobre os inconvenientes da cultura dos arrozaes, em relação á saude pública. – Improriedade d'esta cultura no concelho da Louzã, districto de Coimbra». *O Instituto* (jornal scientifico e litterario), VI, n.º 16: 197-199.

- Poiares, Virgílio. 1895. «O parasita da malária em Coimbra (Trabalho do Laboratorio de Microbiologia da Faculdade de Medicina)». *Coimbra Medica*, n.º 10: 171-178.
- Porter, Dorothy. 1993. «Public Health». In *Companion Encyclopedia for the History of Medicine*, ed. W. F. Bynum e Roy Porter. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1231-1261.
- Porter, Dorothy. 1994a. «Introduction». In *The History of Public Health and the Modern State*, ed. Dorothy Porter. Amsterdão e Atlanta: Rodopi, 1-44.
- Porter, Dorothy. 1994b. *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdão e Atlanta: Rodopi.
- Porter, Roy. 1999. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. London: W.W. Norton & Co.
- Portugal Medico. 1930. «O sezonismo em Portugal». *Portugal Medico*, XIV, n.º 9: 396, 397.
- Pujadas, Joan J. 2000. «El método biográfico y los géneros de la memoria». *Revista de Antropolgia Social*, n.º 9: 127-158.
- Quental, Filipe. 1863. *Dissertação inaugural para o acto de conclusões magnas. Argumento: Deve permittir-se a cultura do arroz em Portugal? Permittindo-a, como tornal-a innoffensiva? Permittindo-a, qual o genero de culutra que melhor a poderá substituir com vantagem da saude publica e com menos prejuiso da agricultura?* Coimbra: Imprensa Litteraria.
- Raj, Kapil. 2007. «Conexões, cruzamentos, circulações: a passagem da cartografia britânica pela Índia, séculos XVII-XIX». *Cultura. Revista de História e Teoria das Ideias*, XXIV, «Cultura intelectual das elites coloniais», 155-179.
- Ramos, Álvaro. 1944a. «Inquérito sôbre as criança (com menos de um ano) da herdade da Comporta». In *Sezonismo: Trabalhos Originais*, ed. Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. S.l.: Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos, 13-15.
- Ramos, Álvaro. 1944b. «Sôbre as condições de vida das populações rurais do vale do Sado (inquérito)». In *Sezonismo: Trabalhos Originais*, ed. Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. S.l.: Direcção dos Serviços Anti-Sezonáticos, 47-63.
- Ramos, Rui. 1994. *A Segunda Fundação (1890-1926)*. In *História de Portugal*, dir. José Mattoso. Vol. 6. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Reckwitz, Andreas. 2002. «Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing». *European Journal of Social Theory*, 5, n.º 2: 243-263.

- Regional Office for Europe. 1958. «Report of the technical meeting on malaria for countries of South-West Europe». Genebra, World Health Organization, 27 de Setembro, WHO/mal/220 EURO-148/21.
- Rhodes, Lorna Amarasingham. 1996. «Studying biomedicine as a cultural system». In *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, ed. Carolyn F. Sargent e Thomas M. Johnson. Westport, CT e Londres: Praeger, 165-180.
- Ribeiro, Manuel Ferreira. 1890. *Principaes Questões a Estudar sobre a Aclimação nas Nossas Colonias como Auxiliares mais Indispensaveis da Emigração e da Colonisação*. Lisboa: Typ. das Colonias Portuguezas.
- Ribeiro, Manuel Ferreira. 1897. *Aclimação da Raça Europeia nas Ilhas de S. Thomé e Príncipe*. Lisboa: Imp. Libanio da Silva.
- Ribeiro, Manuel Ferreira. 1904. *Lições Praticas de Hygiene Colonial, Hygiene Militar, Luta Contra a Malaria e Contra Outras Endemias. A vida de Entre-os-Tropicos, Seus Caracteres Fundamentaes*. Vol. I, *Lições Praticas de Hygiene Colonial*. Lisboa: Typographia do Commercio.
- Richards, Paul. 2008. «Malaria and rice on the Upper Guinea Coast: the need for a new perspective». Comunicação apresentada âmbito do simpósio internacional «Margins, networks and alliances: The Upper Guinea Coast and the making of the Atlantic», org. Jacqueline Knörr (Max Planck Institute for Social Anthropology, Halle/Saale) e Ramon Sarró (Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa), Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 19 de Dezembro.
- Riles, Annelise. 2006. «Introduction: in response». In *Documents: Artifacts of Modern Knowledge*, ed. Annelise Riles. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1-38.
- Rocha, Augusto. 1898. «Influencia dos Congressos na Constituição Scientifica da Medicina - Crises da Medicina Contemporanea». *Coimbra Medica*, n.º 16: 241-265.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. 2000. «Foreign expertise, political pragmatism and professional elite: The Rockefeller Foundation in Spain, 1919-39». *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31, n.º 3: 447-461.
- Rodríguez Ocaña, Esteban, e Rosa Ballester Añón. 2003a. «Paludismo, medicina científica y sociedad». In *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Esteban Rodríguez Ocaña, Rosa Ballester Añón, Enrique Perdiguero, Rosa María Medina Doménech, e Jorge Molero Mesa. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 19-37.

- Rodríguez Ocaña, Esteban, Enrique Perdiguero e Rosa Ballester Añón. 2003b. «La labor dispensarial: observatorios contra el paludismo». In *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Esteban Rodríguez Ocaña, Rosa Ballester Añón, Enrique Perdiguero, Rosa María Medina Doménech, e Jorge Molero Mesa. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 117-200.
- Rodríguez Ocaña, Esteban, Rosa Ballester Añón, e Enrique Perdiguero. 2003c. «La organización de la lucha antipalúdica en la España metropolitana». In *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Esteban Rodríguez Ocaña, Rosa Ballester Añón, Enrique Perdiguero, Rosa María Medina Doménech, e Jorge Molero Mesa. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 39-116.
- Roque, Raul de Almeida. 1959. «Eradication du paludisme et resistance du vecteur au D.D.T., au Portugal». In *Proceedings of the Sixth International Congress on Tropical Medicine and Malaria*. Lisboa: s. ed., 584-591.
- Rosas, Fernando. 1991. «Rafael Duque e a política agrária do Estado Novo (1934-44)». *Análise Social*, 26, n.º 112-113: 771-803.
- Rosas, Fernando e Martins, Fernando, Luciano do Amaral, e Maria Fernanda Rollo, colab. 1994. *O Estado Novo (1926-1974)*. In *História de Portugal*, dir. José Mattoso. Vol. 7. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Rosas, Fernando, e J. M. Brandão de Brito. 1996a. «Agricultura». In *Dicionário de História do Estado Novo*, dir. Fernando Rosas e J. M. Brandão de Brito. Vol 1. Lisboa: Bertrand, 25-31.
- Rosas, Fernando, e J. M. Brandão de Brito. 1996b. «Corporativismo». In *Dicionário de História do Estado Novo*, dir. Fernando Rosas e J. M. Brandão de Brito. Vol. 1. Lisboa: Bertrand, 216-224.
- Rosenberg, Charles E. 1992. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rowland, Robert. 1997. *População, Família, Sociedade: Portugal, Séculos XIX-XX*. Oeiras: Celta.
- Ruquoy, Danielle. 1995. «Situação de entrevista e estratégia do entrevistador». In *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, ed. F. Digneffe L. Albarello, J.-P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy e P. Saint-Georges. Lisboa: Gradiva, 84-116.

- Russell, Frederick F. [1924]. «International Health Board: report of the general director», *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1923*, ed. The Rockefeller Foundation. Nova Iorque: The Rockefeller Foundation, 69-223.
- Russell, Frederick F. [1925]. «Report of the Director of the International Health Division». In *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1924*, ed. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation, 71-243.
- Russell, Frederick F. [1927]. «Report of the Director of the International Health Division». In *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1926*, ed. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation, 85-275.
- Russell, Frederick F. [1929]. «Report of the Director of the International Health Division». In *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1928*, ed. The Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation, 21-299.
- S. L. 1897. «Os mosquitos e a malária». *A Medicina Contemporanea*, ano XV, n.º 10: 80-82.
- Sá, Dominichi Miranda de. 2009. «Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935)». *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 16, supl. 1: 183-203.
- Saavedra, Alberto. 1919. *A Linguagem Médica Popular* (Tese de doutoramento). Porto: Tipografia da «Renascença Portuguesa».
- Sacadura, Sebastião Cabral da Costa. 1906. *Educação Física*. Lisboa: Tipografia de Cristóvão Augusto Rodrigues.
- Sacadura, Sebastião Cabral da Costa. 1919. *Protecção à Primeira Infância* (Na Sessão solene da Associação Protectora da Primeira Infância, em 25-XII-911). Lisboa: Tipografia de Cristóvão Augusto Rodrigues.
- Sacadura, Sebastião Cabral da Costa. 1923. *Despopulação em Portugal*. Lisboa: Imprensa Africana.
- Sacadura, Sebastião Cabral da Costa. 1926. «Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa: discurso presidencial». *A Medicina Contemporanea*, XLIII, n.º 51: 406, 407.
- Sacadura, Sebastião Cabral da Costa. 1929[?]. *O Abôrto Criminoso em Portugal* (Conferência feita na sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa de 30 de Abril de 1929). Lisboa Tipografia do *Comércio*.
- Sacadura, Sebastião Cabral da Costa. 1938a. *Alguns Aspectos Clínicos e Sociais da Obstetrícia: Puericultura, Consultas Pré-natais, Higiene da Gestaçao, Protecção das Futuras Mães*. Separata de *Acção Médica*, 8. Lisboa: Imprensa Lucas.

- Sacadura, Sebastião Cabral da Costa. 1938b. *O Valor Social da Maternidade e das Maternidades*. Lisboa: Imprensa Lucas.
- Sahlins, Marshall. 1985. *Islands of History*. Chicago e Londres: The University of Chicago Press.
- Saint-Georges, Pierre. 1995. «Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político». In *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, ed. Luc Albarello, Françoise Digneffe, Jean-Pierre Hiernaux, Christian Maroy, Danielle Ruquoy e Pierre Saint-Georges. Lisboa: Gradiva, 15-47.
- Sanches, Ribeiro. 1757. *Tratado da conservação da saude dos povos: Obra util, e igualmente necessaria aos Magistrados, Capitaens Generaes, Capitaens de Mar, e Guerra, Prelados, Abbadessas, Medicos, e Pays de familias (Com um appendix Consideraçoens sobre os Terremotos com a noticia dos mais consideraveis de que faz menção a Historia, e deste ultimo que se sentio na Europa no 1 de Novembro de 1755)*. Paris: s. ed.
- Santos, Reynaldo dos. 1921. «O problema do ensino medico». *A Medicina Contemporanea*, XXIV, n.º 16: 121-126.
- Sardinha, António. 1915. *O Valor da Raça: Introdução a uma Campanha Nacional*. Lisboa: Almeida Miranda e Sousa.
- Sarmiento, Adolpho. 1901a. «A malária, a agua e os mosquitos». *A Medicina Contemporanea*, série II, IV, n.º 3: 23-26.
- Sarmiento, Adolpho. 1901b. «A malária, a agua e os mosquitos». *A Medicina Contemporanea*, série II, IV, n.º 4: 31-34.
- Sarmiento, José Evaristo de Moraes, Marck Athias, e Carlos França. 1902. «Relatorio da Comissão para o estudo da malária». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, LXVI, n.º 6: 162-174.
- Sarmiento, Moraes, e Carlos França. 1901. *Nota Sobre Alguns Culicidios Portuguezes*. Lisboa: Typographia do Dia.
- Schatzki, Theodore R., Karin Knorr Cetina, e Eike von Savigny. 2001. *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Schultz, Alfredo. 1880. «Relatorio do primeiro secretario da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa, lido na sessão de 25 de outubro de 1879». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, n.º 4: 105-11.

- Schweickardt, Júlio César e Nísia Trindade Lima. 2007. «Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913)». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14, supl.: 15-50
- Serrano, José Antonio, coord. 1900. *A Escola Medico-Cirurgica de Lisboa em 1899-1900: Anuario*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Shilling, Chris. 2005. *The Body in Culture, Technology and Society*. Londres: Sage Publications.
- Silva, A. E. Duarte. 1995. «O litígio entre Portugal e a ONU (1960-1974)». *Análise Social*, XXX, n.º 130: 5-50.
- Silva, Manuel Vianna e. 1952. *Directrizes para o Melhoramento do Arroz*. Lisboa: C.R.C.A.
- Silva, Manuel Vianna e. 1956. *Elementos para a História do Arroz em Portugal*. Separata do *Boletim da Federação dos Grémios da Lavoura da Beira Litoral*. Coimbra: s. ed.
- Singer, Merrill. 1986. «Developing a critical perspective in medical anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, 17, n.º 5: 128, 129.
- Singer, Merrill. 1995. «Beyond the ivory tower: critical praxis in medical anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, nova série, 9, n.º 1: 80-106.
- Smith, Dale C., e Lorraine B. Sanford. 1985. «Laveran's germ: the reception and use of a medical discovery». *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 34, n.º 1: 2-20.
- Snowden, Frank M. 1999. «'Fields of death': malaria in Italy, 1861-1962». *Modern Italy*, 4, n.º 1: 25-57.
- Snowden, Frank M. 2006. *The Conquest of Malaria: Italy, 1900-1962*. New Haven e Londres: Yale University Press.
- Sobral, José Manuel. 1995. «Memórias e identidades sociais: dados de um estudo de caso num espaço rural». *Análise Social*, XXX, n.º 131-132: 289-313.
- Sobral, José Manuel. 1997. «Comunidade, espaço, localidade: algumas reflexões suscitadas por um estudo de caso». Separata de *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 37, n.º 3-4. Porto: Sociedade de Antropologia e Etnologia
- Sobral, José Manuel. 2004. «O Norte, o Sul, a raça, a nação: representações da identidade nacional portuguesa (séculos XIX-XX)». *Análise Social*, XXXIX, n.º 171: 255-284.
- Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. 1901a. «Ordem da noite - 2ª Parte». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas*, LXV, n.º 1-3: 85-92.

- Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. 1901b. «Prophylaxia do impaludismo: relatório da comissão nomeada para estudo das propostas sobre os meios de impedir a propagação do paludismo e apresentado á Sociedade das Sciencias Medicas em 13 de abril de 1901». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, LXV, n.^{os} 4 a 7: 147-177.
- Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. 1901c. «Sessão de 1 de Junho de 1901: Ordem da noite». *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, LXV, n.^{os} 4 a 7: 217-220.
- Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. 1903. *Contra as Sezões: Instruções Populares para a Prophylaxia do Impaludismo*. Lisboa: Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa.
- Société des Nations - Organisation d'Hygiène. 1931. *Conference Europeenne Sur l'Hygiène Rurale (29 juin - 7 juillet 1931.) - Recommandations sur les Principes directeurs de l'organisations de l'Assistance médicale, des Services d'hygiène et d'Assainissement dans les districts ruraux*. Vol. I. Genebra: Société des Nations.
- Société des Nations. 1931. *L'Organisation d'Hygiène*. Genebra: Section d'Information.
- Solomon, Susan Gross. 2003. «Knowing the 'local': Rockefeller Foundation officers' site visits to Russia in the 1920s». *Slavic Review*, 62,n.^o 4: 710-732.
- Solomon, Susan Gross, e Nikolai Kremmentsov. 2001. «Giving and taking across borders: the Rockefeller Foundation and Russia, 1919-1928». *Minerva*, 39, n.^o 3: 265-298.
- Souza, Vanderlei Sebastião. 2009. «Arthur Neiva e a 'questão nacional' nos anos 1910 e 1920». *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 16, supl. 1: 249-264.
- Stepan, Nancy. 1981. *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical Research and Policy, 1890-1920*. Nova Iorque: Science History Publications.
- Stepan, Nancy Leys. 2003. «'The only serious terror in these regions': malaria control in the Brazilian Amazon». In *Disease in the History of Modern Latin America*, ed. Armus. Durham e Londres: Duke University Press, 25-50.
- Stratton, LEEANNE, Marie S. O'Neill, Margaret E. Kruk, e Michelle L. Bell. 2008. «The persistent problem of malaria: addressing the fundamental causes of a global killer». *Social Science and Medicine*, 67, n.^o 5: 854-862.
- The Rockefeller Foundation. 1915. *International Health Commission: First Annual Report*. Nova Iorque: The Rockefeller Foundation.

- The Rockefeller Foundation. [1947]. «Report of the work of the International Health Division». In *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1946*. Nova Iorque: The Rockefeller Foundation, 55-93.
- The Rockefeller Foundation. 1950. *The Rockefeller Foundation Directory of Fellowship Awards (1917-1950)*. Nova Iorque: The Rockefeller Foundation.
- Themido, Mário Armando Braga. 1944. *Problemas do Sezonismo; Profilaxia: Ensaio de Medicina Social*. Porto: Editorial Saber.
- Thomson, Madeline, Stephen Connor, Steve Bennett, Umberto d'Alessandro, Paul Milligan, Moses Aikins, Patricia Langerock, Musa Jawara, e Brian Greenwood. 1996. «Geographical perspectives on bednet use and malaria transmission in The Gambia, West Africa». *Social Science and Medicine*, 43, n.º 1: 101-112.
- Tonkin, Elizabeth. 1992. *Narrating Our Pasts: The Social Construction of Oral History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Torgal, Luís Reis. 2005. «Medicina, escola de política: António José de Almeida e a República». *Estudos do Século XX*, n.º 5: 115-144.
- Trawick, Margaret. 1992. «Death and nurturance in Indian systems of healing». In *Paths to Asian Medical Knowledge*, ed. Charles Leslie e Allan Young. Berkeley, Los Angeles e Oxford: University of California Press, 129-159.
- Turnbull, David. 1989. «The push for a malaria vaccine». *Social Studies of Science*, 19, n.º 2: 283-300.
- Turnbull, David. 1997. «Reframing science and other local knowledge traditions». *Futures*, 20, n.º 6: 551-562.
- Turnbull, David. 2000. *Masons, Tricksters and Cartographers: Comparative Studies in the Sociology of Scientific and Indigenous Knowledge*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Vacas, Mário Nunes. 2000 [1944]. *Aspectos Antropogeográficos do Alentejo*. Lisboa: Edições Colibri.
- Vaquinhas, Irene. 1991. «Um espaço em transformação: a extensão da cultura do arroz nos campos do Mondego, 1856-88». *Análise Social*, 26, n.º 112-113: 689-703.
- Vaquinhas, Irene. 1993. «A condição camponesa entre o mito e a realidade». In *História de Portugal*, dir. José Mattoso. Vol. 5, *O Liberalismo (1807-1890)*. Lisboa: Círculo de Leitores, 479-491.

- Vaquinhas, Irene. 2005. «Nem sempre o arroz é doce... a polémica sobre os arrozais nos campos do Mondego na 2.^a metade do século XIX». In *Canteiros de Arroz: A Orizicultura entre o Passado e o Futuro*, ed. José Amado Mendes e Irene Vaquinhas. Montemor-o-Velho: Câmara Municipal de Montemor-o-Velho, 5-48.
- Vaquinhas, Irene, e Rui Cascão. 1993. «Evolução da sociedade em Portugal: a lenta e complexa afirmação de uma civilização burguesa». In *História de Portugal*, dir. José Mattoso. Vol. 5, *O Liberalismo (1807-1890)*. Lisboa: Círculo de Leitores, 441-457.
- Velho, Gilberto. 1987. *Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Viegas, Valentino, João Frada e José Pereira Miguel. 2006. *A Direcção-Geral da Saúde: Notas Históricas*. Lisboa: DGS.
- Vieira, Lopes. 1897. «Pathologia interna: o tratamento da febre palustre pelos saes de quinina». *Coimbra Medica*, 17, n.º 15: 229-232.
- Vieira, Lopes. 1903. «Os 'Anopheles' em Portugal». *Movimento Médico*, n.º 17: 292, 293.
- Vincent, George E. [1919]. «Report of the President», *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1918*. Nova Iorque: The Rockefeller Foundation, 16-59.
- Vincent, George E. [1922]. «The Rockefeller Foundation: President's review», *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1921*. Nova Iorque: The Rockefeller Foundation, 1-73.
- Vincent, George E. [1923]. «The Rockefeller Foundation: President's review», *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1922*. Nova Iorque: The Rockefeller Foundation, 1-66.
- Wall, Karin. 1995. «Apontamentos sobre a família na política social portuguesa». *Análise Social*, XXX, n.º 131-132: 431-458.
- Warner, John Harley. 1985. «Science in medicine». *Osiris*, 1: 37-58.
- Weindling, Paul. 1993. «Public health and political stabilisation: the Rockefeller Foundation in central and eastern Europe between the two World Wars». *Minerva*, 31, n.º 3: 253-267.
- Weindling, Paul. 2002 [1992]. «Scientific elites and laboratory organisation in *fin de siècle* Paris and Berlin: the Pasteur Institute and Robert Koch's Institute for Infectious Diseases compared». In *The Laboratory Revolution in Medicine*, ed. Andrew Cunningham e Perry Williams. Cambridge: Cambridge University Press, 170-188.

“Uma Questão Nacional”

- Weisz, George. 2003. «The emergence of medical specialization in the nineteenth century». *Bulletin of the History of Medicine*, 77, n.º 3: 536-575.
- Whitaker, Elizabeth. 2003. «The idea of health: history, medical pluralism, and the management of the body in Emilia-Romagna, Italy». *Medical Anthropology Quarterly*, 17, n.º 3: 348-375.
- Winch, P. J. , A. M. Makemba, S. R. Kamazima, M. Lurie, G. K. Lwihula, Z. Premji, J. N. Minjas, e C. J. Shiff. 1996. «Local terminology for febrile illness in Bagamoyo district, Tanzania and its impact on the design of a community-based malaria control programme». *Social Science and Medicine*, 42, n.º 7: 1057-1067.
- Worboys, Michael. 1994. «From miasmas to germs: malaria 1850-1879». *Parassitologia*, 36, n.º 1-2: 61-68.
- Worboys, Michael. 2000. *Spreading Germs – Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865-1900*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. 1993. *A Global Strategy for Malaria Control*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2004. «Malaria and HIV/AIDS interactions and implications: conclusions of a technical consultation convened by WHO, 23-25 June, 2004». (WHO/HIV/2004.08), http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.08_eng.pdf.
- Young, Allan. 1982. «The anthropologies of illness and sickness». *Annual Review of Anthropology*, 11: 257–285.
- «6. Questions constitutionnelles et juridiques: 6.2.5 Mesures prises par l’Assemblée de la Santé au sujet des droits et des services, WHA19.31», 354, [http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9242652067_Vol1_\(part6\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9242652067_Vol1_(part6).pdf).

Artigos em jornais

- A. F. 1935. «A Cultura do Arroz na Metropole». *Correio de Azambuja*, 3 de Fevereiro, 2.
- Anónimo. 1855a. «Coimbra 26 de Março». *O Conimbricense*, 27 de Março, 1.
- Anónimo. 1855b. «Coimbra 30 de Março». *O Conimbricense*, 31 de Março, 1.
- Anónimo. 1855c. «Motim popular». *O Conimbricense*, 24 de Abril, 3.
- Anónimo. 1855d. «Motim popular». *O Conimbricense*, 8 de Maio, 3.

- Anónimo. 1904. «Carta de Benavente». *Pedro Nunes*, 2 de Dezembro, 1.
- Anónimo. 1908. «Arrozaes». *Pedro Nunes*, 16 de Fevereiro, 1.
- Anónimo. 1913. «O Pantano». *Pedro Nunes*, 11 de Maio, 1.
- Anónimo. 1934. «A Cultura do Arroz». *Correio de Azambuja*, 23 de Dezembro, 6.
- Anónimo. 1935. «Em hora matutina – Verdades amargas – A ronda do azar. Duas épocas de terror e de diferentes consequências: o Pinhal de Azambuja e os Arrozaes». *Correio de Azambuja*, 14 de Abril, 1, 2.
- Anónimo [Manuel Ferreira Quartel]. 1914. «Tese apresentada ao 2º Congresso. Educação e instrução da classe rural. Escola Movel». *O Trabalhador Rural*, Setembro, [4].
- Basto, E. A. Lima. 1913a. «A educação agrícola primaria do povo português. Relatorio apresentado ao Congresso de Instrução Primaria e Popular, promovido pela Liga Nacional de Instrução». *O Trabalhador Rural*, Fevereiro, [3].
- Basto, E. A. Lima. 1913b. «A educação agrícola primaria do povo português. Relatorio apresentado ao Congresso de Instrução Primaria e Popular, promovido pela Liga Nacional de Instrução». *O Trabalhador Rural*, Março, [2].
- Cabral, Motta. 1935a. «O flagelo do sezonismo». *Correio de Azambuja*, 23 de Junho, 2.
- Cabral, Motta. 1935b. «O flagelo do sezonismo». *Correio de Azambuja*, 7 de Julho, 2.
- Cabral, Motta. 1935c. «O flagelo do sezonismo». *Correio de Azambuja*, 21 de Julho, 2.
- Cabral, Motta. 1935d. «O flagelo do sezonismo». *Correio de Azambuja*, 11 de Agosto, 2.
- Cabral, Motta. 1935e. «O flagelo do sezonismo». *Correio de Azambuja*, 25 de Agosto, 2.
- Cabral, Motta. 1935f. «O flagelo do sezonismo». *Correio de Azambuja*, 8 de Setembro, 2.
- Campos, João da Veiga *et al.* 1858. [parecer do conselho médico do distrito de Aveiro]. *O Campeão do Vouga*, 24 de Julho, 2.
- Castro, D. Luís de. 1915. «O arrozal português». *Gazeta das Aldeias*, 26 de Setembro, 126, 127.
- Conceição, B. Simões da. 1858a. «Ainda a questão dos arrozaes». *O Campeão do Vouga*, 30 de Junho, 1.
- Conceição, B. Simões da. 1858b. «A questão dos arrozaes e as subsitencias». *O Campeão do Vouga*, 17 de Julho, 1.
- Figueiredo, M. Gonçalves de. 1858. «As vistorias dos arrozaes». *O Campeão do Vouga*, 21 de Julho, 1.
- Fogaça, Guerreiro. 1911. «Questões sociais: o curandeirismo». *Pedro Nunes*, 24 de Dezembro, 1.

“Uma Questão Nacional”

- Pina, D. Manoel Correia de Bastos. 1881. [carta pastoral]. *O Conimbricense*, 1 de Fevereiro.
- Pinto, Anthero Albano da Silveira. 1858. «Extracto do relatório apresentado á junta geral do districto na sessão ordinaria de 1857, pelo governador civil Anthero Albano da Silveira Pinto, ácerca dos arrozaes». *O Campeão do Vouga*, 24 de Julho, 2.

Publicações oficiais

- Almeida, Antonio José de. 1911. «Ministerio do Interior. Secretaria Geral». *Diário do Governo*, n.º 33, 10 de Fevereiro, 485, 486.
- Braga, Joaquim Theophilo, Antonio José de Almeida, Bernardino Machado, José Relvas, Antonio Xavier Correia Barreto, Amaro de Azevedo Gomes, e Manuel de Brito Camacho. 1912a [1911]. «Direcção Geral de Administração Política e Civil. 2ª Repartição». *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa. Ano de 1911*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1003-1009.
- Braga, Joaquim Theophilo, Antonio José de Almeida, Bernardino Machado, José Relvas, Antonio Xavier Correia Barreto, Amaro de Azevedo Gomes, e Manuel de Brito Camacho. 1912b [1911]. «Direcção Geral de Saude». *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa. Ano de 1911*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1171, 1172.
- Braga, Joaquim Theophilo, Antonio José de Almeida, Bernardino Machado, José Relvas, Antonio Xavier Correia Barreto, Amaro de Azevedo Gomes, e Manuel de Brito Camacho. 1912c [1911]. «O Governo Provisorio da Republica Portuguesa faz saber...». *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa. Ano de 1911*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1173.
- Câmara dos Senhores Deputados. 1852. «Requerimento», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 14, Sessão em 16 de Março, 182, 183, Debates Parlamentares, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>.
- Câmara dos Senhores Deputados. 1852. «Ordem do dia: continuação da discussão do projecto n.º 44 sobre as Sete Casas», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 13, Sessão de 17 de Junho, 231-239, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>.
- Câmara dos Senhores Deputados. 1852. «[...] algumas perguntas ao Sr. Ministro do Reino ácerca dos arrozaes de Leiria», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 2, Sessão de 2 de Julho, 41-44, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>.

- Câmara dos Senhores Deputados. 1852. «Correspondencia: Representações», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 10, Sessão em 16 de Julho, 199, 200, Debates Parlamentares, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>.
- Câmara dos Senhores Deputados. 1855. «Odem do dia: continuação da discussão do orçamento do Ministério do Reino», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 15, Sessão de 19 de Maio, 253-259, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>
- Câmara dos Senhores Deputados. 1861. «Ordem do dia: continuação da discussão do projecto de resposta ao discurso da coroa», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, n.º 32, 3 de Julho, 1661-1666, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>
- Câmara dos Senhores Deputados. 1901a. «Ordem do dia. Continuação da discussão do projecto de lei n.º 39, contribuição predial», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 87, Sessão de 18 de Maio de 1901, 7-12. Debates Parlamentares, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>.
- Câmara dos Senhores Deputados. 1901b. «O Sr. Pereira de Lima [...] começa por apontar as cifras da importação do arroz», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, N.º 60, Sessão de 22 de Abril de 1901, 2-5. Debates Parlamentares, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>.
- Câmara dos Senhores Deputados. 1904. «Proposta de lei n.º 1 – G. Arroz», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 4.ª Sessão, 8 de Janeiro, 79-82. Debates Parlamentares, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>.
- Câmara dos Senhores Deputados. 1908. «Projecto de lei», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 43.ª Sessão, 15 de Julho, 6, 7. Debates Parlamentares, <http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=mc.cd>
- Câmara dos Senhores Deputados. 1909. «Proposta de lei n.º 2 – I», «Proposta de lei – Bases», Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 13.ª Sessão, 20 de Março, 52-56. Debates Parlamentares, http://debates.parlamento.pt/mc/cd/Imp_Img_cd.asp.
- Direcção Geral da Instrução Secundária Superior e Especial. 1911. «Reforma do Ensino Medico». *Diário do Governo*, n.º 45, 24 de Fevereiro, 742-745.
- Ministério da Agricultura - Direcção Geral de Fomento Agrícola. 1931. «Ministério da Agricultura. Direcção Geral de Fomento Agrícola. Decreto n.º 20:596». *Diário do Governo*, I série, n.º 280, 5 de Dezembro, 2669-2671.
- Ministério da Instrução Pública - Direcção Geral de Saúde. 1926. «Decreto n.º 12:477». *Diário do Governo*, I série, n.º 227, 12 de Outubro, 1519-1525.

“Uma Questão Nacional”

- Ministério do Comércio e Indústria - Direcção Geral do Comércio e Indústria. 1934. «Decreto-lei n.º 24:619». *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa. Publicada no Ano de 1934*. Lisboa: Imprensa Nacional, 551.
- Ministério do Fomento - Direcção Geral da Agricultura. 1916. «Decreto N.º 2:223: Regulamento para a cultura do arroz, no continente da República». *Diário do Governo*, I série, n.º 29, 17 de Fevereiro, 157-160.
- Ministério do Interior - Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social. 1945. «Decreto-lei n.º 35:108». *Diário do Governo*, I série, n.º 247, 7 de Novembro, 899-922.
- Ministério dos Negócios do Reino. 1900. «Direcção geral de saúde e beneficência pública – 1ª Repartição». *Diário do Governo*, n.º 15, 19 de Janeiro, 157-159.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros – Direcção-Geral dos Negócios Económicos e Consulares. 1959. «Decreto-Lei n.º 42 754. Acordo de coordenação antipalúdica entre Portugal e Espanha». *Diário do Governo*, I série, n.º 293, 22 de Dezembro, 1971-1974.
- Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura. 1938a. «Decreto-lei n.º 28:493». *Diário do Governo*, I série, n.º 41, 19 de Fevereiro, 500-502.
- Ministérios do Comércio e Indústria e da Agricultura. 1938b. «Relatório dos decretos-leis n.ºs 28:493 e 28:494. Decreto-lei n.º 28:493». *Diário do Governo*, I série, n.º 41, 19 de Fevereiro, 498-500.
- Pinto, José Ferreira de Macedo. 1862. *Medicina Administrativa e Legislativa; Primeira Parte: Higiene Pública*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Presidência do Conselho. 1933. «Decreto-lei n.º 23:048 – Estatuto do Trabalho Nacional». *Diário do Governo*, n.º 217, 23 de Setembro, 1655-1658.
- Presidência do Ministério. 1920. «Decreto n.º 7:040». *Diário do Governo*, I série, n.º 210, 18 de Outubro, 1401, 1402.
- República Portuguesa. 1935. *Constituição Política da República Portuguesa*. Aprovada pelo Plebiscito Nacional de 19 de Março de 1933, entrada em vigor em 11 de Abril do mesmo ano e modificada pelas leis n.ºs 1:885 e 1:910, respectivamente de 23 de Março e de 23 de Maio de 1935. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Ribeiro, Ernesto Rodolpho Hintze. 1901. «Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública». *Diário do Governo*, n.º 292, 26 de Dezembro: 3600-3615.

Documentos em arquivos e outras instituições

Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros (AHDMNE)

Biraud para chefe da delegação portuguesa junto da Sociedade das Nações, 28 de Maio, 1929, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

Directeur médical para José Alberto de Faria, 5 de Maio, 1930, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

Director Geral para Director-Geral de Saúde, S.d.N Proc. N.º 14, N.º 469, 5 de Junho, 1929, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

Director Geral, S.d.N, Proc. N.º 14, N.º 464, 29 de Maio, 1929, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

José Alberto de Faria para Director-Geral da Secretaria Portuguesa da Sociedade das Nações, Ofício N.º 1157, 31 de Maio, 1929, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

José Alberto de Faria para Director-Geral da Secretaria Portuguesa da Sociedade das Nações, Ofício N.º 2015, 30 de Novembro, 1929, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

José Alberto de Faria, Ofício N.º 1125, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

MNE, «Telegrama», 27 de Maio, 1929, 3º piso, A28, M66, SDN, Questões de higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

Rajchman (director médico da Secção de Higiene do Secretariado da Sociedade das Nações), para Rose, Rockefeller Foundation, 2 de Maio, 1922, 3º piso, A28, M63, SDN, Organização de Higiene da Sociedade das Nações 1920-1923, AHDMNE.

Ricardo Jorge para chefe da secretaria da Sociedade das Nações, Ministério dos Negócios Estrangeiros, Ofício N.º 59-A, 17 de Novembro, 1923, 3.º piso, A28, M63, AHDMNE.

“Uma Questão Nacional”

Société des Nations, «Comité d’Hygiène, procès verbaux de la treizième session tenue à Genève du 25 au 31 octobre 1928», Genebra, 21 de Janeiro, 1929, 3.º piso, A28, M67, SDN, Questões de Higiene, Comité de Higiene da SDN, AHDMNE.

Société des Nations, «Comité d’Hygiène. Procès-verbaux de la sixième session tenue a Paris du 26 mai au 6 juin 1923», 3º piso, A28, M63, SDN, Organização de Higiene da Sociedade das Nações 1920-1923, AHDMNE.

Société des Nations, «Comité d’Hygiène. Procès-verbaux de la sixième session tenue a Paris du 26 mai au 6 juin 1923», 3º piso, A28, M63, SDN, Organização de Higiene da Sociedade das Nações 1920-1923, AHDMNE.

Société des Nations, «Travaux de l’Horganisation d’Hygiène de la Société, y Compris des Travaux de la Commission des Épidémies», 13 de Setembro, 1923, Organização de Higiene da Sociedade das Nações, 1920/23, A 28, M 63, AHDMNE

Société des Nations, «Vérifications des comptes pour 1930 relatifs aux sommes reçues de la Fondation Rockefeller ai titre de contribution au budget de l’Organisation d’Hygiène», 6 de Julho, 1931, 3º piso, A28, M66, Questões de Higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

Société des Nations, «Vérifications des comptes pour 1932 relatifs aux sommes reçues de la Fondation Rockefeller ai titre de contribution au budget de l’Organisation d’Hygiène», 30 de Junho, 1933, 3º piso, A28, M66, Questões de Higiene, Higiene Rural (Conferência), AHDMNE.

Arquivo Histórico Municipal de Montemor-o-Velho (AHMMV)

Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira, «Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira – registo de doentes, 1907, 1910, 1911, 1912, 1913, 1915», s.d., Montemor-o-Velho, Arquivo Histórico Municipal de Montemor-o-Velho(AHMMV).

Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira, «Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira – registo de doentes, 1915, 1918, 1919», s.d., Montemor-o-Velho, AHMMV.

Arquivo Histórico Ultramarino (AHU)

«World Health Organization. Regional Office for Africa. Mozambique 1 AFR/MAL/69 20 October 1965. Assignment Report», [J. A. Pearson], 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU.

António da Silva Santos, chefe da C.E.P., «Direcção dos Serviços de Saúde e Higiene. Campanha de erradicação do Paludismo. Relatório Anual. 1961», 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU.

António Manuel da Costa Lerenó, «Provincia de Cabo-Verde. Relatório do serviço de saúde, relativo ao ano de 1904», 1 de Abril, 1905, Cabo Verde – serviços de saúde, Sala 12, maço 148, AHU.

Augusto da Silva Travassos, «Direcção Geral de Saúde e Assistência – Repartição de Saúde e Higiene. Assembleia Mundial de Saúde 1957/60. Proc. N.º 7/2», 11 de Julho, 1960, sala 3, est. XIX, prat. 20 – N.º 3213, maço 12, AHU.

Direcção Geral de Saúde e Assistência do Ultramar, N.º 6437 KK-11-13-6, 20 de Novembro de 1966, 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU.

Joaquim Ferreira da Silva, «Assunto: Aprovação do ‘Plano de operações para a erradicação do Paludismo em Moçambique’». Informação N.º 233, 8 de Fevereiro de 1965, 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU.

Lucien Bernard, pela OMS, «Plan of Operation for a Malaria Pre-eradication Programme in Mozambique», S.766(62), 2.º piso, Ministério do Ultramar – Direcção Geral de Saúde e Assistência – Doenças – Paludismo, caixa 2, AHU.

Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas Francisco Cambournac, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (CEVDI, INSA)

«1940. Alcáçovas», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«1940. Campo de Águas de Moura (Ministério da Agricultura)», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«1940. Pinheiro. Campo da Horta do Lago», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«Considerações Sôbre o Campo Experimental de Arroz da Agolada – Coruche (Relatório do Engenheiro Agrónomo do Ministério da Agricultura nos anos de 1937-1938)», 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«Hackett 3rd Quarterly Report», 1934, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«Informação. Ensaios comparativos de rega na cultura do arroz», 14 de Junho, 1939, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«Pinheiro 1940. Campo da Horta do Lago. Acção da irrigação intermitente sobre as larvas de anopheles», documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«Rice Field Studies», P.F.R., Extract, 3 pages, annual report, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«Sr. Jorge Blanco. Rice Commission», 3 de Novembro, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«Suggestions from malaria conference. Greece», Agosto de 1934. documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

«The rice field studies in central Bulgaria», s.d., documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Blanco para Hill, 19 de Junho, 1939, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Cambournac para Director-Geral de Saúde Pública, 25 de Setembro, 1940, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Cambournac para Director-Geral dos Serviços Agrícolas, 25 de Setembro, 1940, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Cambournac para Director-Geral dos Serviços Agrícolas, 30 de Novembro, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Collins para Hill, 30 de Agosto, 1935, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Hackett para Hill, 23 de Abril, 1941, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Hill para Collado, 17 de Março, 1937 a 8 de Novembro, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA

Hill para Collado, 28 de Outubro, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA

Hill para Vilhena, 7 de Outubro, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Lewis Hackett, «Sexual Behavior of Anopheles superpictus», 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

“Uma Questão Nacional”

Lewis Hackett, 1938, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Lewis Hackett, «Malariology in Russia», Agosto de 1934, Extracts of Malaria Conference, Ipata, Greece, 1934, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Lista de estagiários médicos e microscopistas no Instituto de Malariologia de Águas de Moura, 1949-1975, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Lista de estagiários médicos e microscopistas no Instituto de Malariologia de Águas de Moura, 1949-1975, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

M. A. Barber, J. B. Rice, A. Mandekos, «The laboratory at Cavalla, Greece», 1935, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Ministério do Interior, Subsecretariado de Estado da Assistência Social, «Despacho», 1957, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA

Núncio para Cambournac, 1942(?), documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Pinheiro 1936. Campo da Horta do Lago. Acção da irrigação intermitente sobre as larvas», documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Sweet para Hill, 1 de Julho, 1937, documento não catalogado, espólio documental do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, CEVDI, INSA.

Rockefeller Archive Center (RAC)

«Coimbra P.H. – Portugal I.H.D. Dr. Hill's Memo Dr. Faria», 27 de Julho, 1938, pasta 886, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Excerpt. From Doctor Hill's Memorandum», 26 de Maio, 1938, pasta 886, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Malaria Institute. Annual Report, 1942», 1942, pasta 3019, caixa 250, série 733, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Medical Education in Portugal», 1924, pasta 536, caixa 47 série 1.3, Record Group (RG) 6.1, Rockefeller Foundation Archives, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, New York (RAC).

«Paris Office IHD, Annual Report for 1938: Introduction, Portugal, Uganda», 1938, pasta 2930, caixa 243, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Portugal – Program for Co-operation», pasta 17, caixa 2 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Portugal – Proposal for Co-operation», pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Program for 1934 – Malaria (continued)», 28 de Outubro, 1933, p. 33246, pasta 17, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Semi-annual report for Portugal and Spain, 1st Semester, 1941», 1941, pasta 2951, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

«Semi-annual report, first semester, 1940. Portugal», 1940, pasta 2945, caixa 244, série 700, RG 5.3, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Daniel P. O'Brien, M.D., «Survey of Medical Education in Portugal», 22 de Março a 4 de Abril, 1931, pasta 4, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Figueira para Russell, 13 de Setembro, 1923, pasta 3444, caixa 272, série 1.2, RG 5, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

“Uma Questão Nacional”

George K. Strode, Rolla B. Hill, «A Review of Public Health in Portugal», Julho de 1932, pasta 3, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Gregg para O'B, 25 de Fevereiro, 1942, pasta 2, caixa 1, série 773, RG 1.1 Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Hill para Bissaia Barreto, «Coimbra Health Service», 8 de Julho, 1938, pasta 886, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Hill para Faria, 2 de Fevereiro, 1940, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Hill para Warren, Memo. N.º 130, 20 de Outubro, 1939, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Hill para Warren, 25 de Outubro, 1940, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Janney para Warren, 14 de Novembro, 1941, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Janney para Warren, 9 de Outubro, 1940, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

José Alberto de Faria, «[...] notes on the evolution of the sanitary service in Portugal», 9 de Abril, 1940, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Loureiro para Hill, 20 de Junho, 1941, pasta 1, caixa 1, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Loureiro para Smith, 11 de Julho, 1943, pasta 19, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Pauline A. Mead, «Malaria Field Studies in Portugal», s.d., pasta 21, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Rolla B. Hill, «Inauguration of the Malaria Institute», 6 de Janeiro, 1938, pasta 397, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Rolla B. Hill, «Malaria – Portugal IHD», 16 de Maio, 1939, pasta 897, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Rolla B. Hill, «Malaria in Rice-Growing Areas in Portugal», s.d., pasta 472, caixa 48, série 100, RG 1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Rolla B. Hill, «Portugal – Malaria Institute», 1939, pasta 397, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Rolla B. Hill, 21 de Junho, 1939, pasta 897, caixa 32, série 1.1, RG 6.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Salazar para O’Conner, 29 de Outubro, 1931, pasta 523, caixa 64 série 767, RG 2-1931, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Strode para Russell, 18 de Agosto, 1931, Anexo 1, José Alberto de Faria, «Official letter from Dr. José Alberto de Faria, General Director of Public Health, requesting R.F. cooperation», pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Strode para Russell, 18 de Agosto, 1931, Anexo 2, George K. Strode, «Translation of letter written to Dr. José Alberto de Faria», pasta 1, caixa 1 série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Strode para Sawyer, 22 de Junho, 1937, pasta 18, caixa 2, série 773, RG 1.1, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

Torre do Tombo (TT)

Faria para Salazar, 21 de Agosto, 1935, Torre do Tombo (TT)/Arquivo Salazar (AOS)/D-G/7/3/8, IN – 1B, cx. 319.